

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

LE SOUTIEN SOCIAL DES ENFANTS DE PREMIER CYCLE PRIMAIRE :  
RÉSULTATS DE L'ÉVALUATION DES EFFETS D'UN PROGRAMME DE  
PROMOTION DE LA SANTÉ MENTALE EN MILIEU SCOLAIRE  
LES AMIS DE ZIPPY

THÈSE  
PRÉSENTÉE  
COMME EXIGENCE PARTIELLE  
DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE

PAR  
JULIE DENONCOURT

FÉVRIER 2012

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL  
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de cette thèse se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire *Autorisation de reproduire et de diffuser un travail de recherche de cycles supérieurs* (SDU-522 – Rév.01-2006). Cette autorisation stipule que «conformément à l'article 11 du Règlement no 8 des études de cycles supérieurs, [l'auteur] concède à l'Université du Québec à Montréal une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de [son] travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, [l'auteur] autorise l'Université du Québec à Montréal à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de [son] travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris l'Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de [la] part [de l'auteur] à [ses] droits moraux ni à [ses] droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, [l'auteur] conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont [il] possède un exemplaire.»

*À mes deux grands-mères, Angéline et Reine.  
Votre force de caractère et votre générosité m'ont toujours inspirée.*

## REMERCIEMENTS

Le processus doctoral est un périple long, mais hautement enrichissant sur les plans humain et intellectuel. Un chemin parcouru qui force le dépassement de soi. On traverse cette route souvent seule, mais les moments les plus précieux sont ceux partagés avec les personnes qui m'ont accompagnée pendant ces années.

J'ai eu le privilège d'être formée par Brian Mishara et Sarah Dufour, deux directeurs exceptionnels. J'aimerais remercier mon directeur de m'avoir prise sous son aile en milieu de parcours doctoral, de m'avoir fait confiance, soutenue dans ma créativité, mon autonomie académique et financière et enfin pour avoir contribué significativement à mon développement professionnel et intellectuel. À ma co-directrice Sarah qui fut présente dès le début de mes études, j'aimerais exprimer toute ma gratitude pour son soutien indéfectible à travers les années. Merci Sarah pour ta générosité, ta rigueur intellectuelle, tes critiques constructives et tes encouragements si précieux.

Cette thèse n'aurait pas été possible sans la collaboration des enseignants qui ont participé à cette recherche. Je remercie également les 39 enfants qui ont généreusement accepté de partager leur expérience lors des entretiens.

Aux nombreux collègues de la section de psychologie communautaire et du CRISE dont Jean-Yves, Geneviève, Cécile, Élise, Steve et Lorraine et bien d'autres, merci pour votre soutien et les mémorables partys de Noël et dîners de fou rire en votre compagnie. Merci à Camil Bouchard de m'avoir accompagnée dans mes premières

années de doctorat et de m'avoir insufflé le goût de faire de la recherche avec passion et engagement. Merci à mes deux grandes sœurs de cœur du GRAVE-ARDEC de l'époque Julie-Anne et Natalie pour vos judicieux conseils et votre amitié. À mes deux complices de doctorat Francis et Maude, merci de votre précieuse amitié, les années à l'UQAM n'auraient pas été les mêmes sans vous!

Je tiens à remercier mes amis Arlene, Bérangère, Danielle, Elsa et Martin, François, Geneviève, Georgia, Jimena, Louis-Philippe, Marie-Claude, Myriam, Rita, Stéphanie et Vincent et Magalie qui chacun leur tour m'ont inspirée, encouragée et soutenue.

J'aimerais enfin remercier mes proches, ma belle-famille, mon frère Francis et sa conjointe Marie-Ève ainsi que mes parents Roger et Diane pour leur appui constant tout au long de mes études. Chers parents, merci de m'avoir donné la chance de grandir dans un milieu familial empreint d'amour, de valeurs humanistes et sociales. Merci à vous deux de m'avoir inculqué une curiosité contagieuse, la persévérance et le goût d'apprendre. Enfin, à mon amoureux Martin, je voudrais exprimer toute ma reconnaissance pour m'avoir accompagnée pendant les dernières années de doctorat. Merci de ta patience, de ton immense générosité ainsi que de ton soutien affectif et moral qui m'ont donné le courage de mener à terme mes études.

## TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS.....	iii
LISTE DES FIGURES.....	x
LISTE DES TABLEAUX.....	xi
RÉSUMÉ.....	xii
INTRODUCTION .....	1
CHAPITRE I	
ÉTAT DES CONNAISSANCES .....	4
1.1 Problématique.....	4
1.2 La santé mentale : partie prenante d'une santé globale .....	5
1.2.1 Conceptualisation de la santé mentale .....	5
1.2.2 L'importance de promouvoir la santé mentale.....	9
1.2.3 Ampleur des problématiques reliées à la santé mentale .....	11
1.2.4 Les déterminants de la santé mentale .....	16
1.3 Le soutien social : déterminant majeur de la santé mentale.....	18
1.3.1 Définition du soutien social .....	19
1.3.2 Influence du soutien social sur la santé mentale .....	20
1.3.3 Les processus d'influence du soutien social sur la santé mentale .....	25
1.4 Liens entre le soutien social et les mécanismes d'adaptation .....	29
1.5 Interventions visant à améliorer le soutien social et la santé mentale chez les enfants .....	32

1.5.1 Programmes visant à améliorer le soutien social .....	32
1.5.2 Programmes de promotion de la santé mentale chez les enfants .....	34
1.6 Le programme « Les amis de Zippy » .....	39
1.6.1 Description du programme.....	39
1.6.2 Implantation .....	45
1.6.3 Évaluations antérieures .....	45
1.6.4 Objectifs de recherche .....	49
 CHAPITRE II MÉTHODOLOGIE .....	 52
2.1 Stratégie et devis de recherche .....	52
2.1.1 L'avantage d'une stratégie mixte .....	52
2.1.2 Donner la parole aux enfants.....	53
2.2 Volet quantitatif.....	55
2.2.1 Participants .....	55
2.2.2 Procédure et instruments.....	56
2.2.3 Plan d'analyse des données .....	61
2.3 Volet qualitatif.....	62
2.3.1 Participants .....	62
2.3.2 Procédure et protocole d'entrevue .....	62
2.3.3 Plan d'analyse des données qualitatives .....	64
 CHAPITRE III RÉSULTATS QUANTITATIFS.....	 67
3.1 Effets du programme sur le soutien social perçu des enfants .....	68

3.2	Effets du programme sur les compétences sociales.....	70
3.3	Exploration des liens entre les variables .....	71
3.3.1	Résultats selon les groupes.....	72
3.3.2	Résultats selon les groupes en fonction du sexe.....	73
3.4	Synthèse des résultats.....	80
CHAPITRE IV		
	RÉSULTATS QUALITATIFS .....	81
4.1	Réseau social de l'enfant.....	82
4.1.1	Les personnes importantes dans la vie de l'enfant. ....	82
4.1.2	Les fonctions du réseau social de l'enfant. ....	84
4.1.3	Sommaire des résultats sur le réseau de l'enfant.....	88
4.2	Reconnaissance des émotions .....	89
4.2.1	La tristesse.....	89
4.2.2	Type d'aide souhaité en situation de tristesse. ....	93
4.2.3	La colère.....	96
4.2.4	Type d'aide souhaité en situation de colère .....	98
4.2.5	La nervosité et le stress .....	100
4.2.6	Type d'aide souhaité en situation de nervosité (stress) .....	104
4.2.7	La jalousie .....	106
4.2.8	Type d'aide souhaité en situation de jalousie.....	110
4.2.9	Sommaire des résultats sur la reconnaissance des émotions.....	112
4.3	Soutien social offert .....	115
4.3.1	Soutien offert dans une situation de conflit .....	115



4.3.2 Soutien offert dans une situation de deuil.....	118
4.3.4 Sommaire des résultats sur le soutien offert .....	122
CHAPITRE V	
DISCUSSION .....	124
5.1 Objectif et synthèse des résultats.....	124
5.2 Liens avec les évaluations antérieures du programme.....	129
5.3 Le soutien social en lien avec l'adaptation socio-affective .....	132
5.3.1 L'autonomie : une dimension intrinsèquement liée au soutien social chez l'enfant.....	133
5.3.2 Les mécanismes d'adaptation et le soutien social.....	135
5.4 Les relations enseignant-élève: processus au cœur des effets du programme	138
5.5 Implications des résultats de la recherche.....	141
5.6 Les forces et limites de la recherche.....	142
CONCLUSION .....	147
APPENDICE A	
OBJECTIFS GÉNÉRAUX ET SPÉCIFIQUES DU PROGRAMME <i>LES AMIS DE ZIPPY</i> .....	151
APPENDICE B	
EXTRAIT DU MATÉRIEL D'ANIMATION DU PROGRAMME <i>LES AMIS DE ZIPPY</i> .....	154
APPENDICE C	
EXTRAIT DE L'INSTRUMENT DE MESURE SSSC (HARTER, 1985) ILLUSTRÉ .....	163
APPENDICE D	
PROTOCOLE D'ENTREVUE DU VOLET QUALITATIF .....	165
APPENDICE E	
ILLUSTRATIONS UTILISÉES PENDANT LES ENTRETIENS .....	168

APPENDICE F	
RÉSULTATS NON SIGNIFICATIFS DES ANALYSES DE VARIANCES .....	171
APPENDICE G	
COMPARAISONS DES MOYENNES DES GROUPES SUR LES SCORES DU PSA ET SSSC AU PRÉTEST.....	176
APPENDICE H	
MATRICES DE CORRELATIONS .....	180
RÉFÉRENCES.....	184

## LISTE DES FIGURES

Figure		Page
1.1	Place du soutien social dans le modèle logique du programme	44
	Les amis de Zippy.....	
4.1	Catégories des personnes importantes du réseau de l'enfant.....	83

## LISTE DES TABLEAUX

Tableau	Page
2.1      Distribution des participants en fonction des groupes et du sexe.....	55
3.1      Résultats d'évolution du soutien social perçu par les enfants...	68
3.2      Description du soutien social perçu des parents selon leur niveau au PSA.....	69
3.3      Résultats d'évolution du fonctionnement socio-affectif des enfants .....	71
3.4      Résultats au test de différence significative de corrélations entre l'évolution des scores du soutien social perçu (SSSC) et celui au profil socio-affectif (PSA) chez les garçons des groupes témoin (T) et intervention (I).....	76

## RÉSUMÉ

Un nombre grandissant de programmes scolaires visent à outiller les enfants et prévenir différents problèmes de santé mentale. Plusieurs modèles de promotion de la santé mentale et prévention des troubles mentaux identifient le soutien social comme un des principaux déterminants sur lequel agir. Cependant, très peu de programmes évalués s'intéressent à ce déterminant chez les jeunes enfants. En outre, le soutien social est très étudié chez les adultes, mais marginalement chez les enfants et encore moins en adoptant une approche méthodologique qui leur donne la parole. Afin de combler ces lacunes, cette recherche s'inscrit dans le cadre de l'évaluation d'un programme de promotion de la santé mentale chez les enfants de premier cycle primaire. *Les amis de Zippy* a pour but d'augmenter le répertoire des mécanismes d'adaptation chez les enfants. Un des objectifs transversaux mis de l'avant par le programme consiste également à améliorer le soutien social chez les enfants de sorte qu'ils puissent percevoir, demander et offrir du soutien social aux autres lors de moments difficiles. Bien que le programme ait déjà été évalué avec succès, son effet sur le soutien social n'a jamais été étudié.

L'évaluation adopte une méthodologie mixte et elle est guidée par la théorie du programme. Le volet quantitatif vise à documenter les effets du programme sur le soutien de l'entourage perçu par l'enfant, les compétences sociales des enfants ainsi qu'à explorer les relations entre l'évolution du soutien social perçu et celle de l'adaptation socio-affective entre le début et à la fin du programme. Les participants comprennent 310 enfants répartis dans 16 classes intervention et 303 enfants de 19 classes témoin. Le soutien est mesuré par la version française du *Social Support Scale for Children* tandis que les compétences sociales et les difficultés d'adaptation sont mesurées par le *Profil socio-affectif*. Le volet qualitatif explore d'autres composantes liées au soutien social. Il décrit et interprète le discours de 39 enfants (20 du groupe intervention et 19 du groupe témoin) pour dégager des distinctions en fonction de la participation ou non au programme. Ce volet examine les fonctions qu'exercent le réseau social des enfants, la reconnaissance des sentiments ainsi que le soutien souhaité et offert lors de situations difficiles. Les enfants ont été rencontrés en entrevue individuelle à la fin du programme.

Selon le volet quantitatif, la participation au programme améliore l'autonomie et la coopération. Elle contribue à accroître le soutien social perçu de deux sources : l'enseignant et le parent. En outre, le programme diminue l'influence du soutien

social perçu des adultes sur l'adaptation socio-affective chez les garçons. Plus spécifiquement, les garçons qui participent au programme sont moins dépendants du soutien qu'ils perçoivent recevoir de l'enseignant pour progresser positivement au plan des compétences sociales, des comportements extériorisés et des capacités de contrôle.

Selon le volet qualitatif, le discours des enfants du groupe intervention s'avère plus étoffé que celui du groupe témoin notamment concernant les fonctions du réseau et la reconnaissance des sentiments tels que la jalousie et la nervosité. Bien que *Les amis de Zippy* encourage les enfants à demander de l'aide, les enfants ayant suivi ce programme ne disent pas en demander plus souvent lors de moments difficiles que les autres. Cependant, ils sont plus enclins à le faire lorsqu'ils ne peuvent résoudre eux-mêmes la situation. Leur discours se démarque aussi par la diversité et la richesse des stratégies employées pour faire face aux situations difficiles. Le programme amène les enfants à être plus confiants dans leurs propres ressources pour faire face aux difficultés et à utiliser plus judicieusement l'aide disponible dans leur réseau social. Par ailleurs, le soutien social offert par les enfants ayant participé au programme montre que l'enrichissement du répertoire des mécanismes d'adaptation peut contribuer à augmenter leur capacité à offrir un meilleur soutien informatif ainsi que davantage de soutien d'accompagnement.

Si on allie les résultats des analyses quantitatives et qualitatives, il apparaît que le soutien social chez les enfants est étroitement lié à leur degré d'autonomie et à leur étape de développement. La participation semble améliorer la qualité de la relation enseignant-enfant. En somme, l'étude du soutien social des jeunes enfants est pertinente aux plans empirique et théorique. Des initiatives visant à améliorer le soutien social chez les jeunes pourraient jouer un rôle déterminant pour la prévention des troubles mentaux et la promotion de la santé mentale.

Mots clés : évaluation de programme, soutien social, promotion de la santé mentale, enfant.

## INTRODUCTION

L'école constitue un milieu de socialisation fort important durant l'enfance. De plus, le milieu scolaire est conscient de la santé mentale des élèves et s'en préoccupe. Une récente enquête pancanadienne effectuée auprès de 145 directeurs d'école rapporte qu'environ 93 % d'entre eux considèrent que la santé mentale et le bien-être émotif s'avèrent « très importants » pour la réussite scolaire des jeunes (Whitman, Wells, Rowling et Biewener, 2009). Ces préoccupations se traduisent par un intérêt grandissant en recherche à documenter les problématiques de santé mentale et d'adaptation chez les enfants. Nous sommes davantage au fait de l'impact que certains événements stressants (tels que la perte d'un être cher, être victime de violence à l'école ou une séparation, etc.) peuvent occasionner dans le fonctionnement scolaire des enfants. La difficulté de composer avec ces événements peut compromettre la santé mentale des jeunes. Ainsi, un nombre grandissant de programmes, d'interventions cliniques et d'activités sont mis sur pied dans le but d'outiller les enfants et prévenir différents problèmes de santé mentale qui se manifestent à l'école.

Toutefois, la majorité de ces initiatives vise à prévenir un problème spécifique et cible souvent des enfants aux prises avec une problématique particulière. Plus rares sont les programmes qui ont pour objectif de promouvoir la santé mentale auprès de l'ensemble des enfants. Les modes d'intervention sont la plupart du temps ancrés dans une logique curative alors qu'il est préférable de prévenir les problèmes de santé le plus tôt possible avant leur apparition. Par ailleurs, un grand nombre d'interventions curatives ou préventives ne font pas l'objet d'une évaluation

scientifique rigoureuse (Greenberg, Domitrovich et Bumbarger, 2001). En somme, pour outiller les jeunes et contribuer ultimement à l'amélioration de leur santé mentale il importe non seulement d'intervenir en amont des problèmes et auprès de tous les enfants, mais également d'évaluer l'efficacité de ces interventions (Barry et Jenkins, 2007).

Cinq chapitres composent le présent document. Le premier chapitre situe la problématique dans laquelle s'inscrit l'étude, présente l'état des connaissances portant sur l'importance de promouvoir la santé mentale chez les jeunes, le soutien social comme déterminant majeur de la santé mentale et les programmes visant à améliorer le soutien social. La dernière section offre une description du programme *Les amis de Zippy* et de ses évaluations antérieures. Elle permet en outre de situer la place du soutien social dans les objectifs et effets attendus du programme. La fin du premier chapitre précise quant à elle les objectifs et les hypothèses de recherche.

Le deuxième chapitre décrit la méthodologie adoptée. Il présente d'abord la stratégie et le devis de recherche. Il expose la procédure des volets quantitatif et qualitatif de l'étude. Pour chacun des volets, on y décrit les caractéristiques des participants, la procédure de collecte des informations, les instruments ou protocoles d'entrevue utilisés les plans d'analyses des données.

Les troisième et quatrième chapitres sont consacrés à la présentation des résultats. Le troisième chapitre porte sur le volet quantitatif de l'étude, tandis que le quatrième chapitre rend compte des résultats du volet qualitatif. La première section porte sur les effets du programme sur les compétences sociales et le soutien social perçu par les enfants de quatre sources (les parents, les enseignants, amis proches et camarades de classe). La fin de cette section présente les résultats d'analyses exploratoires qui visent l'acquisition d'une meilleure compréhension des mécanismes d'action du programme. Plus spécifiquement, les résultats portent sur les liens entre l'évolution



du soutien social perçu et l'adaptation socio-affective des enfants. Le quatrième chapitre explore quant à lui d'autres composantes du soutien social à partir du discours des enfants. Cette section décrit et interprète le discours des enfants portant sur les fonctions du réseau social, la reconnaissance des émotions, le soutien social souhaité et offert afin d'en dégager des distinctions selon la participation ou non au programme.

Le dernier chapitre propose une discussion des résultats à partir des écrits scientifiques. La première section présente la synthèse des résultats quantitatifs et qualitatifs et fait un bref retour sur les liens entre les résultats obtenus et les évaluations antérieures au programme. Ensuite, on explore les liens entre le soutien social et l'adaptation socio-affective en portant une attention particulière à l'autonomie et aux mécanismes d'adaptation. La troisième section se centre sur la relation enseignant-élève comme un processus qui apparaît comme central au programme. Le chapitre conclut en précisant les limites de l'étude et ses implications pour la pratique et les recherches futures.

## CHAPITRE I

### ÉTAT DES CONNAISSANCES

#### 1.1 Problématique

La présente recherche s'inscrit dans le cadre de l'évaluation d'un programme de promotion de la santé mentale chez les enfants de premier cycle primaire. Elle vise à documenter les effets de ce programme sur le soutien social des enfants qui y participent. Le programme *Les amis de Zippy* a pour but d'améliorer les mécanismes d'adaptation chez les enfants. En outre, un des objectifs transversaux mis de l'avant par le programme consiste à améliorer le soutien social chez les enfants de sorte qu'ils puissent percevoir, demander et offrir du soutien social aux autres lors de moments difficiles.

*Les amis de Zippy* a été implanté et évalué avec succès dans d'autres pays, mais l'adaptation française n'avait jusqu'à tout récemment jamais été évaluée. Cette recherche s'intéresse à un effet du programme n'ayant pas fait l'objet des évaluations antérieures soit le soutien social. Plusieurs modèles de promotion de la santé mentale et prévention des troubles mentaux identifient le soutien social comme étant un des principaux déterminants sur lequel nous devrions intervenir afin d'améliorer l'adaptation psychosociale des personnes (Albee et Ryan Finn, 1993; Institut national de santé publique du Québec [INSPQ], 2008). Cela étant, le concept de soutien social a été fortement étudié chez l'adulte, mais beaucoup moins chez les jeunes enfants, et

encore moins en adoptant une approche méthodologique qui donne la parole aux enfants. Cette recherche permettra donc d'enrichir les connaissances des effets d'un programme promotionnel de santé mentale en milieu scolaire sur le soutien social des enfants, un déterminant majeur de la santé mentale des enfants.

## 1.2 La santé mentale : partie prenante d'une santé globale

Pour se développer socialement et économiquement, une société saine doit compter un maximum d'individus ayant une santé globale satisfaisante. Cet état de santé chez les gens nécessite non seulement de bénéficier d'une santé physique, mais également d'une bonne santé mentale. La santé physique est étroitement liée à la santé mentale et celle-ci devrait faire partie intégrante de la promotion de la santé (Sturgeon, 2007). Les troubles mentaux sont fréquents chez les personnes souffrant de problèmes physiques. Notamment, 22 % des personnes atteintes de maladie cardiaque, 27 % des diabétiques et 33 % des personnes ayant un cancer souffrent de dépression grave (Organisation mondiale de la santé [OMS], 2004). En 2004, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) rappelait que malgré les gains obtenus dans les dernières décennies en ce qui a trait à la santé physique des populations, le fardeau de la santé mentale ne cesse d'augmenter (OMS, 2004).

Avant de poursuivre la présente section et dans le but de permettre une meilleure compréhension de l'importance de la promotion de la santé mentale auprès de la population, certaines précisions et descriptions des principaux concepts reliés à la santé mentale s'avèrent nécessaires.

### 1.2.1 Conceptualisation de la santé mentale

La santé mentale, les troubles mentaux (ou les maladies mentales) et les problèmes de santé mentale sont des expressions souvent utilisées de façon interchangeable bien

qu'elles ne réfèrent pas au même concept. La présente section a pour but de clarifier l'utilisation de ces termes.

La santé mentale a longtemps été conceptualisée comme un continuum où l'on retrouve les troubles mentaux à une extrémité et la santé mentale à l'autre extrême. Depuis lors, les chercheurs conçoivent davantage la santé mentale et les troubles mentaux comme deux notions distinctes où l'absence de troubles mentaux n'est pas garante d'une santé mentale satisfaisante (Gouvernement du Canada, 2006). Ainsi, on considère comme réducteur de définir la santé mentale uniquement par l'absence de maladie. On conçoit maintenant davantage la santé mentale comme comportant deux continuums; un continuum (vertical) allant de la santé mentale optimale à la santé mentale non optimale et l'autre continuum (horizontal) allant de l'absence de troubles mentaux à la présence de troubles mentaux graves (Institut canadien d'information sur la santé, 2009).

Bien qu'à ce jour, le terme « santé mentale » ne connaisse pas une définition consensuelle dans la communauté scientifique, plusieurs communautés de chercheurs et de praticiens dans le domaine tentent d'en clarifier le sens. En 1994, le comité de réflexions sur la politique en santé mentale au Québec propose une définition de la santé mentale endossée par de nombreux experts locaux et nationaux :

« L'état d'équilibre d'une personne à un moment donné, qui s'apprécie, entre autres, à l'aide des éléments suivants : le niveau de bien-être subjectif, l'exercice des capacités mentales et la qualité des relations avec le milieu. Elle résulte d'interactions entre des facteurs de trois ordres : des facteurs biologiques, relatifs aux caractéristiques génétiques et physiologiques de la personne, des facteurs psychologiques, liés aux aspects cognitifs, affectifs et relationnels, et des facteurs contextuels qui ont trait aux relations entre la personne et son environnement. » (Comité de la santé mentale, 1994).

Ainsi, la santé mentale comprend les dimensions subjectives (ex. appréciation de son propre état de bien-être) et objectives (ex. appréciation par les autres des capacités

d'une personne à entretenir des relations satisfaisantes avec autrui). Cette conception positive de la santé mentale renvoie à l'aspect dynamique de cet état mental dans lequel les interactions entre l'individu et son environnement exigent une adaptation constante de sa part. Cette définition rejoint également celle proposée par l'OMS qui conçoit la santé mentale comme : « (...) un état de bien-être dans lequel la personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et fructueux et contribuer à la vie de sa communauté» (World Health Organisation [WHO], 2004). Cette définition présente l'avantage de tenir compte des variations culturelles reliées à la conceptualisation de la santé mentale.

Comme chez les adultes, la santé mentale chez les enfants ne connaît pas une définition universellement acceptée par les chercheurs et intervenants. Néanmoins, l'OMS s'est appropriée la définition proposée en 2001 par la Direction de la santé de l'Afrique du Sud : « La santé mentale de l'enfant et de l'adolescent concerne la capacité à atteindre et à maintenir un fonctionnement psychologique et un bien-être optimum. Elle est directement liée au niveau atteint et aux aptitudes acquises en matière du fonctionnement psychologique et social » (OMS, 2005, p. 1). Cette conception de la santé mentale inclut la capacité à s'adapter aux enjeux liés au développement et diffère de celle des adultes par le fait qu'elle tient compte du développement des habiletés intellectuelles, motrices, langagières et socio-affectives (Hamel, Blanchet et Martin, 2001). Ainsi, pour qualifier la santé mentale des enfants on doit considérer le processus graduel d'acquisition de leurs différentes capacités (comment ils ont franchi les étapes importantes de transition telles qu'apprendre à jouer, à parler, à écrire, etc.).

Les troubles mentaux ou les maladies mentales se caractérisent, pour leur part, par une détérioration grave de la pensée, de l'humeur ou du comportement (ou une combinaison des trois) pouvant être diagnostiquée. Ceux-ci sont marqués par un dysfonctionnement important des dimensions personnelles et sociales de

l'individu (Santé et Bien-être social Canada, 1988;WHO, 2005). Il existe deux classifications reconnues et utilisées par les cliniciens et chercheurs : la classification internationale des maladies mentales (CIM-10) produit par l'OMS et le *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Health and Disorders* (DSM-IV) réalisé par l'Association psychiatrique américaine. Selon le DSM-IV :

Chaque trouble mental est conçu comme un modèle ou un syndrome comportemental ou psychologique cliniquement significatif, survenant chez un individu et associé à une détresse concomitante (ex.: symptôme de souffrance) ou à un handicap (ex.: altération d'un ou de plusieurs domaines de fonctionnement), ou à un risque significativement élevé de décès, de souffrance, de handicap ou de perte importante de liberté. De plus, ce modèle ou syndrome ne doit pas être simplement la réponse attendue et culturellement admise à un événement particulier [...] il doit être considéré comme la manifestation d'un dysfonctionnement comportemental, psychologique ou biologique de l'individu (American Psychiatric Association, 1994).

Plusieurs sont d'avis, dont les auteurs du DSM-IV, que les limites du concept de « trouble mental » demeurent imprécises et comportent un très vaste éventail de dysfonctionnements ou de comportements dont, par exemple, la consommation de drogue. Les systèmes de catégorisation ne permettent pas de saisir toute la complexité des troubles mentaux. Toutefois, ils permettent aux professionnels qui œuvrent dans le domaine de la santé mentale de bénéficier de références communes quant aux symptômes, à la fréquence, à l'intensité et la durée d'un trouble mental en particulier.

On utilise souvent à tort les termes « problème de santé mentale » et « trouble mental ou maladie mentale » comme des synonymes. Les problèmes de santé mentale font référence à tout ce qui s'écarte d'un état de bien-être mental ou psychologique et qui perturbe le fonctionnement de la personne, mais de façon moins sévère et de plus courte durée que les troubles mentaux (WHO, 2005; Gouvernement du Canada, 2006).

En somme, la santé mentale est de plus en plus conçue comme ayant deux continuums : un premier allant de la santé mentale optimale à la santé mentale non optimale et un autre continuum allant de l'absence à la présence de troubles mentaux. Cependant, la santé mentale est encore généralement définie par la négative soit par l'absence de troubles mentaux. Bien que la vision positive intégrant les deux continuums grandisse en importance et rallie de plus en plus d'experts, la conception négative de la santé mentale demeure encore très présente dans le développement des connaissances en santé mentale (INSPQ, 2008).

### 1.2.2 L'importance de promouvoir la santé mentale

Les coûts sociaux et économiques liés aux troubles mentaux sont considérables (Belfer, 2008; OMS, 2005). Au Canada, on estime à 33 milliards de dollars les coûts encourus annuellement pour la perte de productivité liée aux troubles mentaux (Comité sénatorial permanent des affaires sociales, 2006). Outre la diminution de productivité, les troubles mentaux ajoutent un fardeau psychologique aux familles et aux personnes souffrantes sans compter la discrimination et la stigmatisation qu'elles vivent au sein de leur communauté (OMS, 2004). Les enfants qui souffrent de troubles de dépression ou du comportement risquent d'occasionner des coûts élevés pendant l'adolescence et à l'âge adulte (Knapp, Scott et Davies, 1999). Les parents peuvent être forcés de s'absenter régulièrement de leur travail afin de rester à la maison auprès de leur enfant atteint d'un trouble mental. La famille peut accumuler des dettes et être moins productive, entre autres si un des parents perd souvent son emploi. Dans les dernières années, le domaine relatif aux coûts engendrés par les troubles mentaux chez les adultes a connu des avancées notables alors que l'intérêt pour les enfants en est à ses débuts (Knapp, 1997). Encore peu d'études documentent les conséquences économiques des troubles mentaux pendant l'enfance et l'adolescence (Killian, Losert, La Park, McDaid et Knapp, 2010; Knapp, McCrone, Fombonne, Beecham et Wostear, 2002). Pourtant, selon l'OMS : « traiter la maladie

mentale peut coûter cher (...) et est un luxe que la plupart des nations ne peuvent pas s'offrir » (OMS, 2005, p.12). Il est donc impératif d'intervenir en amont avant que les troubles mentaux se développent. Promouvoir la santé mentale des individus signifie maximiser le bien-être individuel et collectif en agissant sur les déterminants favorables de la santé mentale de l'ensemble de la population, en augmentant le pouvoir d'agir et les capacités d'adaptation des individus et des collectivités (Herman et Jané-Llopis, 2005; Suchoka et Kovess-Masféty, 2006). La promotion de la santé mentale vise à optimiser le bien-être de l'ensemble de la population ou d'un groupe en particulier. Pour sa part, la prévention des troubles mentaux a pour but de réduire le nombre de nouveaux cas d'un type de trouble (l'incidence) et ce, avant leur apparition. La promotion cherche à développer les facteurs de protection (conditions favorables) dans la population alors que la prévention vise à diminuer les facteurs de risque (conditions pathogènes) (Blanchet, Laurendeau, Paul et Saucier, 1993; WHO, 2004).

Une perspective de promotion de la santé implique de travailler à la mise en place de conditions favorables qui améliorent et contribuent au maintien de la santé mentale (INSPQ, 2008). L'accent est mis sur les forces et non sur les vulnérabilités. Les écrits scientifiques et les praticiens dans le domaine de la santé mentale reconnaissent l'importance d'intervenir à un niveau plus global pour promouvoir la santé mentale dont le fait d'agir sur la réduction des inégalités sociales, d'augmenter l'inclusion sociale de personnes, etc. Les réseaux de santé et les services sociaux au pays ont souvent une marge de manœuvre très limitée pour agir sur ces déterminants et pour cette raison, peu d'actions sont entreprises en ce sens (Hamel et al., 2001; Dallaire, 1998). Généralement la majorité des interventions promotionnelles vise à améliorer les capacités des personnes (habiletés sociales, capacités d'adaptation, etc.) et à modifier positivement les environnements immédiats des enfants (la famille, l'école, etc.). La prochaine section a pour but de tracer un portrait sommaire des diverses problématiques reliées à la santé mentale des personnes.



### 1.2.3 Ampleur des problématiques reliées à la santé mentale

La présente recherche adopte une perspective positive de la santé mentale. Toutefois, la majorité des données permettant de documenter la santé mentale des populations découlent d'une conception plutôt négative de celle-ci. On dispose donc davantage de données épidémiologiques relatives au taux de certains problèmes de santé mentale (ex.: taux de détresse psychologique, taux de tentatives de suicide, etc.) ou de troubles mentaux (ex.: taux de dépression, de troubles d'anxiété, etc.) que de données portant sur des dimensions positives reliées à la santé mentale, dont l'estime de soi ou les capacités d'adaptation des individus, entre autres. C'est pourquoi pour documenter l'ampleur des problématiques de santé mentale et faciliter la comparaison entre les données disponibles pour certaines populations, nous aurons donc recours tantôt à des données documentant les problèmes de santé mentale, les troubles mentaux et tantôt à des indicateurs fortement associés (ex. : un stress élevé). Il faut également souligner que malgré les données disponibles, il est encore difficile de circonscrire avec exhaustivité la prévalence des troubles mentaux et problèmes de santé mentale dans la population, car ceux-ci vont des tracasseries quotidiennes à des difficultés très sévères (Ravens-Sieberer et al., 2008).

Néanmoins, les données disponibles indiquent que les troubles mentaux sont présents dans toutes les cultures et qu'une personne sur quatre sera affectée au cours de sa vie (OMS, 2001). Toujours selon l'OMS, en 2020, on estime que les troubles mentaux représenteront 15 % de l'ensemble des maladies et que la dépression constituera la première cause d'invalidité (Conseil médical du Québec, 2001; WHO, 2000).

Au Canada, les recherches épidémiologiques indiquent généralement qu'une personne sur cinq sera atteinte d'un trouble mental au cours de sa vie (Santé Canada 2002; Lesage et al., 2006). En 2002, l'*Enquête sur la santé des collectivités canadiennes* menée par Statistique Canada auprès d'un échantillon de 36 984 adultes

révélaient un taux moyen de prévalence de l'ordre de 10,2 % des troubles mentaux au cours de la dernière année. Il semble que la prévalence des troubles mentaux et de dépendance soit assez similaire d'une province canadienne à l'autre. Les auteurs du rapport soulignent que les taux obtenus sont plus faibles que ceux des autres études parce que ceux-ci portaient sur un nombre plus restreint de troubles mentaux soit la dépression majeure ou manie, le trouble panique, l'agoraphobie, la phobie sociale, les troubles alimentaires et la toxicomanie (Lesage et al., 2006). Une enquête auprès d'un échantillon de 359 Montréalais indique pour sa part que 29 % d'entre eux risquent de souffrir de troubles mentaux (correspondant à la classification américaine du DSM-IV) au cours de leur vie (Fournier, Lemoine, Poulin et Poirier, 2002). De plus, le taux de Québécois âgés de 12 ans et plus évoquant souffrir d'un épisode dépressif dans la dernière année (soit 6 à 8 %) serait en hausse, et ce, depuis le milieu des années 1990.

D'autres indicateurs liés à la santé mentale, dont le stress perçu, montrent une position peu enviable du Québec par rapport aux autres provinces. Le deuxième rapport national sur l'état de santé de la population révèle que 28,8 % des adultes québécois affirment éprouver un stress quotidien élevé alors que ce taux est de 21,8 % en Colombie-Britannique et de 15,4 % à l'Île-du-Prince-Édouard (INSPQ, Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec en collaboration avec l'Institut de la statistique du Québec, 2006). Le Québec présente le taux le plus élevé au Canada et celui-ci ne s'améliore guère depuis l'année 2000. L'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (cycle 1.2) réalisée en 2002 révèle en outre que la détresse psychologique élevée est plus répandue au Québec que dans le reste du Canada (Lesage, Bernèche et Bordeleau, 2010).

Un autre indicateur préoccupant quant à l'état de santé mentale des adultes québécois est le nombre de décès par suicide dans la population. Il est fréquent que les personnes qui se suicident souffrent de troubles mentaux. On estime qu'environ 90 % des personnes adultes ou adolescents décédés par suicide souffraient d'un trouble

mental (Brent, 1995; Cavanagh, Carson, Sharpe et Lawrie, 2003). Les données récentes sur les taux de mortalité par suicide pour l'ensemble du Québec sont encourageantes. Entre 1999 et 2008, le taux ajusté de suicide pour l'ensemble du Québec a diminué de l'ordre de 4 % par année (Gagné et St-Laurent, 2010). Malgré cela, le Québec est la province ayant le taux de suicide le plus élevé au Canada (qui était de 14,8 pour 100 000 en 2006) et demeure un des plus élevés comparativement aux pays de l'OCDE, occupant ainsi le 5<sup>ième</sup> rang (St-Laurent et Gagné, 2008). Le taux de suicide tend à diminuer depuis 10 ans au Québec de manière significative dans l'ensemble des régions, à l'exception de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine. La diminution la plus importante se trouve chez les adolescents de 15-19 ans pour qui la mortalité par suicide s'est réduite de 12 % par année (Gagné et St-Laurent, 2010).

Que savons-nous des problématiques de santé mentale chez les jeunes? Les problèmes et troubles mentaux prennent souvent naissance durant l'enfance et persistent à l'âge adulte (National Scientific Council on the Developing Child, 2008; Ravens-Sieberer et al., 2008). Les données épidémiologiques internationales des dernières années rapportent que jusqu'à 20 % des jeunes souffrent de troubles mentaux (Belfer, 2008). La Commission européenne de 2004, portant sur l'état de santé mentale des enfants et des adolescents, estime que les problèmes de santé mentale et troubles mentaux augmenteront de 50 % d'ici 2020 (WHO, 2004).

Comparer des taux de prévalence des troubles mentaux chez les jeunes issus de divers pays présente plusieurs obstacles : les pays sous-développés n'ont souvent pas de données disponibles; les mesures sont généralement très différentes d'un pays à l'autre et aucun cadre commun du développement adaptatif des jeunes à différents âges n'est disponible pour faciliter les comparaisons (Belfer, 2008). Ainsi, les exercices de comparaisons internationales procurent souvent des résultats qui sont peu fiables sauf dans de rares cas, telle l'étude récente menée dans 12 pays européens

(KIDSCREEN) auprès de 22 000 jeunes âgés de 8 à 18 ans. Selon cette recherche, les taux de prévalence des troubles mentaux varient d'une culture et d'un milieu socio-économique à l'autre (Ravens-Sieberer et al., 2008). Les résultats de cette étude montrent également qu'environ 15 % des jeunes participants présentent soit des problèmes ou des troubles mentaux allant de moyens à graves qui se manifestent soit par des symptômes émotifs, des problèmes de comportement, d'hyperactivité ou des difficultés dans les relations interpersonnelles.

Les enfants et adolescents canadiens subissent aussi quotidiennement de plus en plus de pression de leur environnement pour être meilleurs, plus intelligents et plus rapides que leurs pairs (Leitch, 2007). Le rapport du Sénateur Micheal Kirby « De l'ombre à la lumière », portant sur la transformation des services en santé mentale au Canada, rapporte avec des estimations conservatrices que jusqu'à 15 % (soit 1,2 million) des jeunes sont affectés par des troubles d'anxiété, des troubles d'attention, de dépression et autres troubles mentaux (Comité sénatorial permanent des affaires sociales, 2006). Ce taux est près de celui de 14 % de la recension de Wadell, McEwan, Peters, Hua et Garland (2005) qui est considéré parmi les meilleures estimations du taux de prévalence des troubles mentaux des enfants et adolescents canadiens (Boyle et Georgiades, 2010).

Qu'en est-il de la situation des jeunes Québécois? La première enquête québécoise, réalisée en 1992 et portant sur la santé mentale de 2 400 jeunes âgés de 6 à 14 ans, révèle que les troubles mentaux (tels que les troubles dépressifs, anxieux et liés aux comportements perturbateurs comme l'hyperactivité) affectent 19,9 % des jeunes (Breton et al., 1997). Plus récemment, les données d'enquêtes montrent qu'en 2008, 12 % des enfants québécois âgés de 3-14 ans éprouvent des difficultés socio-émotives allant de modérées à élevées, les problèmes relationnels et les troubles de comportements apparaissent comme les plus prévalents (Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2010). Les données associées aux troubles mentaux,

dont les idéations suicidaires chez les jeunes, sont également préoccupantes. L'*Enquête sociale de santé auprès des enfants et des adolescents québécois de 1999* rapporte qu'environ 8 % des jeunes enfants de 9 ans ont pensé sérieusement à se suicider durant l'année précédente (Aubin et al., 2002).

De fait, il existe des variations considérables dans les taux de prévalence des troubles mentaux chez enfants et adolescents. Cela est en partie dû à des conditions différentes liées aux instruments de mesure employés ainsi qu'aux caractéristiques de l'échantillon comme l'âge des enfants (Roberts, Attkinson et Rosenblatt, 1998). L'apparition de certains troubles mentaux serait davantage associée à des périodes particulières du développement chez l'enfant. Notamment, alors que les troubles d'attachement débuteraient dès la naissance, les troubles d'anxiété et de l'humeur ne se manifestent qu'à partir de 6 ans (OMS, 2005). En outre, la prévalence des troubles mentaux tend à augmenter avec l'âge. On retrouve chez les enfants australiens, par exemple, des taux respectifs de prévalence de 16 à 20 % chez les enfants âgés entre 4 et 11 ans et de 20 à 25 % chez les 12-17 ans (Zubrick, Silburn, Burton et Blair, 2000). Ainsi, les troubles mentaux persistent et ne semblent pas s'atténuer seulement par l'avancement en âge des enfants.

Le manque d'outils adéquats pour évaluer la santé mentale des enfants et des adolescents fait en sorte que les données actuelles ne permettent pas d'obtenir un portrait précis de l'ampleur des problématiques de santé mentale chez les populations plus jeunes (Belfer, 2008). Bien qu'imparfaites, les différentes données disponibles permettent néanmoins de constater que les troubles mentaux et problèmes associés affectent tous les âges. De plus, l'évolution des taux de prévalence chez les adultes et les enfants montre que ceux-ci tendent à augmenter. Ainsi, le fardeau économique relié aux problématiques de santé mentale nécessite la mise en place d'interventions bien en amont du développement des problèmes et troubles mentaux. L'amélioration de la santé mentale de la population et la réduction du taux d'incidence des troubles et

problèmes mentaux passent donc nécessairement par la prévention et la promotion de la santé mentale (OMS, 2004). Mais sur quels déterminants doit-on agir pour améliorer la santé mentale des personnes?

#### 1.2.4 Les déterminants de la santé mentale

Il est aujourd'hui reconnu que la santé mentale est déterminée par une multitude de facteurs ayant un effet cumulatif (Morin et Chalfoun, 2003). En 2008, l'Institut national de la santé publique du Québec a produit un avis scientifique sur les interventions efficaces à privilégier en promotion de la santé mentale et prévention des troubles mentaux (INSPQ, 2008). Cet avis, réalisé en collaboration avec un comité d'experts en santé mentale au Québec, avait pour but, entre autres, de proposer un modèle conceptuel intégrateur pour la promotion de la santé mentale et la prévention des troubles mentaux. Ce modèle fournit des balises pour orienter le choix d'interventions pertinentes à mettre en œuvre.

Le modèle proposé combine des éléments d'auteurs reconnus dans le domaine de la science préventive soit Albee et Ryan Finn, Mac Donald et O'Hara (INSPQ, 2008). Ce modèle conceptuel tient compte des interactions entre l'individu et les différents environnements proximaux et distaux qui s'influencent. Il comprend dix catégories de facteurs qui sont largement reconnus par les experts internationaux comme étant les déterminants majeurs de la santé mentale. La santé mentale est alors déterminée par les interactions entre les facteurs de risque suivant : facteurs biologiques négatifs, stress, inégalités socio-économiques, exclusion sociale et environnements défavorables, et les facteurs de protection tels que : l'estime de soi, le soutien social, l'inclusion sociale, les ressources personnelles de base et les environnements favorables. En améliorant les conditions favorables et en diminuant les effets négatifs des déterminants défavorables, on peut ainsi améliorer la santé mentale de la population.

Les catégories de facteurs chez les adultes, identifiées par le modèle proposé par l'INSPQ, rejoignent les déterminants de la santé mentale chez les enfants. Une recension des déterminants de la santé globale des enfants d'âge scolaire (6-12 ans), lors de laquelle une attention plus marquée fut accordée aux facteurs reliés à la santé mentale, a identifié sept déterminants majeurs du bien-être des enfants (Hamel et al., 2001). Les critères de sélection avaient trait à l'occurrence des écrits, la puissance relative de l'influence de ces déterminants et la possibilité d'intervenir auprès de ceux-ci. Les déterminants retenus comprennent : la relation parent-enfant et les pratiques éducatives; la compétence sociale; le soutien social; l'estime de soi; l'alimentation; l'activité physique et l'environnement scolaire. En outre, certains auteurs ajoutent que la santé mentale des jeunes est également reliée à la satisfaction envers la vie, aux habiletés d'adaptation, aux liens entretenus avec l'entourage et au contexte socio-économique dans lequel ils évoluent (Patel et al., 2007). . La santé mentale des enfants comme celle des adultes est fortement reliée à la pauvreté et aux conditions sociales défavorables dans lesquelles ils se trouvent. Ainsi, les enfants vivants dans des familles où les parents sont aux prises avec des problèmes de santé mentale ou de toxicomanie, des conflits conjugaux, de violence conjugale, sont plus à risque de souffrir de troubles mentaux que des enfants qui n'évoluent pas dans des environnements semblables (Patel et al., 2007).

À ce jour, peu d'enquêtes québécoises portant sur les déterminants de la santé mentale chez les enfants de moins de 15 ans ont été réalisées. L'étude québécoise réalisée en 1999 sur la santé mentale des jeunes montre que le niveau d'estime de soi, la réussite scolaire, le soutien émotif et le soutien disponible dans l'entourage sont reliés aux comportements suicidaires des enfants de 9 ans, donc à une santé mentale fragilisée (Breton, Légaré, Laverdure et D'Amours, 2002).



L'influence des déterminants varie selon la période de développement dans lequel se trouve l'enfant (OMS, 2005). À titre d'exemple, la composition familiale est associée aux troubles mentaux chez les enfants de 9 ans alors qu'elle n'exerce pas d'influence sur les troubles mentaux des adolescents âgés de 13 à 16 ans (Breton et al., 2002). Ainsi, l'impact des soins prodigués par les parents peut s'avérer plus crucial en petite enfance qu'à l'adolescence alors que l'influence des pairs gagne en importance. Certains déterminants de la santé mentale s'avèrent donc caractéristiques des différentes périodes de développement des enfants. Les aspects particuliers à l'enfance sont : la qualité des soins et du soutien des parents, la qualité du lien d'attachement, le tempérament de l'enfant, les relations avec les pairs (intimidation et conflits) et le fonctionnement à l'école (Giesen Searle et Sawyer, 2007).

### 1.3 Le soutien social : déterminant majeur de la santé mentale

Le contexte social dans lequel les individus évoluent de même que les liens sociaux solides qu'ils tissent avec leurs proches influencent leur santé. Il n'est donc pas étonnant que le soutien social soit reconnu par l'OMS comme l'un des déterminants majeurs de la santé (Wilkinson et Marmot, 2004). Il faut remonter aux travaux de Durkheim (1897/1951) en sociologie pour retracer l'intérêt d'étudier le lien entre les relations sociales et la santé mentale. Durkheim (1897) a découvert que le suicide était davantage présent chez les personnes qui entretenaient peu de relations sociales. Depuis les années 1970, on assiste à un intérêt renouvelé dans l'étude et la mise en évidence des liens importants entre le soutien social et la santé mentale (Callaghan et Morrissey, 1993; Caron et Guay, 2005; Cohen, Gottlieb et Underwood, 2000; Tousignant, 1987). La présente section permet de mieux saisir le rôle prépondérant que peut jouer le soutien social sur la santé mentale.



### 1.3.1 Définition du soutien social

Le soutien social est généralement défini par les auteurs comme une interaction sociale qui implique l'action d'apporter ou de recevoir de l'aide dans un même milieu ou environnement (maison, école, quartier, etc.) (Barrera, 2000; Tousignant, 1987). Le soutien social est dispensé par des personnes de l'entourage et non par des professionnels. Plusieurs chercheurs ont travaillé sur l'aspect multidimensionnel du soutien social soit les diverses formes d'aide qui peuvent être apportées selon la perception du besoin de l'autre (Cohen et al., 2000). Cutrona et Russell (1990) ont dégagé les dimensions communes aux différents modèles théoriques. Le soutien social présente généralement les fonctions suivantes, soit le soutien émotif; l'intégration sociale tel que l'accompagnement; le soutien de valorisation personnelle; le soutien tangible (instrumental et matériel) et le soutien informatif (permettant la résolution de problèmes). Néanmoins, l'une des classifications de soutien couramment utilisées comprend 4 catégories qui se définissent comme suit :

*Soutien émotionnel (affectif)* : toute communication d'affection, d'appréciation et de reconnaissance permettant à une personne de se sentir entourée et valorisée;

*Soutien d'accompagnement* : accompagnement à des activités qui permet d'expérimenter un sentiment d'appartenance ou de camaraderie [dans cette recherche, cela concerne essentiellement les activités ludiques];

*Soutien instrumental* : différentes formes d'aides concrètes comme l'aide matérielle ou les services rendus;

*Soutien informatif* : fourni sous forme de conseils, de guides, de suggestions pour régler un problème. (Hamel, 2001, p.102)

Le soutien social se distingue des réseaux sociaux des personnes en ce sens qu'il fait référence à l'aspect fonctionnel et non structurel propre au réseau social (Hupcey, 1998). Le réseau social comprend les personnes dans l'entourage ou l'environnement social d'un individu avec qui il a des interactions (Belle, 1989). Les dimensions du réseau social se différencient du soutien social en ce sens qu'elles réfèrent à des aspects quantifiables tels que la densité et la fréquence des interactions entre les

membres (Barrera, 2000). Le soutien social permet de qualifier les interactions du réseau de soutien et revêt une composante plus subjective quant à la nature de l'aide apportée.

Le concept de pro socialité présente un certain lien de parenté avec le concept de soutien social. Il se définit comme l'ensemble des comportements volontaires qui visent à aider ou à apporter de l'aide à autrui (Bouchard, Cloutier et Gravel, 2006). Il fait référence habituellement à des mesures comprenant l'aide, la coopération et les échanges. Ainsi, le concept de soutien social apparaît plus précis comme concept que la pro socialité. Par exemple, lorsque l'on fait référence à l'aide apportée dans une perspective de soutien social, cela implique qu'il y a perception qu'une personne est dans le besoin. De plus, la pro socialité, contrairement au soutien social, ne fait pas référence aux mesures de soutien social perçu (croire qu'il y a de l'aide disponible en cas de difficultés).

Le soutien social chez les enfants se distingue de celui des adultes. Celui-ci est par ailleurs intrinsèquement lié à aux diverses périodes de développement de l'enfant (Furman et Buhrmester, 1992). Un soutien social positif et de qualité pendant l'enfance est généralement défini comme un affect positif, un sentiment de proximité, un investissement émotif de l'enfant et comprend des interactions réciproques avec la personne apportant du soutien ainsi qu'une satisfaction du soutien reçu (Carson et Parke, 1995, Howes, 1999, Lussier et al., 2002 ; Wolchik et al. 1989 citées dans Appleyard, 2006).

### 1.3.2 Influence du soutien social sur la santé mentale

La plupart des études portant sur l'influence du soutien social sur la santé mentale concernent les populations adultes. Encore aujourd'hui on connaît peu les effets et le

développement du soutien social chez les enfants (Hamel, 2001). Par ailleurs, plusieurs auteurs, dont Ravens-Sieberer et ses collaborateurs (2008), insistent sur le fait que la prévention précoce des problèmes de santé mentale passe nécessairement par l'amélioration de la qualité et la disponibilité du soutien social des enfants. Le soutien social provenant des parents, des amis et du personnel scolaire joue un rôle important dans le développement et l'adaptation des enfants et des adolescents (Bokhorst, Sumter et Westenberg, 2010). Les différentes sources de soutien n'ont pas la même importance de l'enfance à l'adolescence. Alors que les parents sont une source de soutien social prépondérante pendant l'enfance, à l'adolescence ce sont davantage les amis qui agissent ainsi.

Les données québécoises de l'enquête sociale et de santé de 1998 permettent d'apprécier le lien entre le soutien social et la détresse psychologique. L'indice de soutien social inclus dans l'enquête comprend trois dimensions : l'intégration sociale, la satisfaction quant aux rapports sociaux et la taille du réseau social. Le premier quintile correspond au niveau le plus faible de l'indice de soutien social et le dernier niveau correspond au niveau élevé. La détresse psychologique est pour sa part évaluée par des questions portant sur des états dépressifs ou anxieux et sur certains symptômes d'irritabilité et de problèmes cognitifs. Ainsi, selon cette enquête, les personnes ayant un faible soutien social sont deux fois plus nombreuses à souffrir d'un niveau supérieur de détresse psychologique que les personnes ayant un soutien social élevé (Julien, Julien et Lafontaine, 2000). En outre, les données récentes recueillies dans la population québécoise âgés de 12 ans et plus à partir de L'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) révèlent qu'en 2007-2008, 29% des personnes croyant que leur santé mentale est passable ou mauvaise présentent un niveau peu élevé de soutien social émotionnel et informationnel, contrairement à 7% chez les personnes évaluant leur santé mentale comme excellente (Camirand et Dumitriu, 2011). Ces résultats concordent avec ceux de l'enquête

populationnelle canadienne et confirment les liens entre le soutien social et la santé mentale. Selon les travaux de Caron, Latimer, Tousignant, Raynault et Huang (2004), le soutien social constitue un des facteurs qui prédit le mieux la détresse psychologique et le bien-être, et ce, autant chez les populations à faible revenu que chez les autres.

Le soutien social influence la santé mentale et physique par le biais des émotions, des cognitions et des comportements. Plus spécifiquement concernant la santé mentale, le soutien social permet d'assurer des réponses saines de l'organisme face à un stresser (Cohen, 2000). Selon l'étude de Leavitt (1983) portant sur le lien entre la santé mentale et le soutien social, d'après sept devis longitudinaux analysés, il existerait un lien significatif entre l'absence de soutien social et la présence de troubles mentaux. L'enquête nationale sur la santé des populations (1994-95) menée par Statistique Canada révèle que le soutien émotif (sentiment selon lequel il est possible de se tourner vers des proches pour obtenir de l'aide, de l'affection ou des conseils) est un facteur de protection contre la détresse psychologique (Shields, 2004). Les données de l'enquête montrent que le soutien émotif ne protège pas du stress, mais il permettrait d'atténuer son impact sur la santé mentale.

#### 1.3.2.1 L'influence du soutien social perçu et reçu sur la santé mentale

On tente également d'établir la valeur prédictive des différentes mesures de soutien social dans le but de savoir si c'est le soutien perçu ou reçu qui est davantage lié à la santé mentale des personnes. La perception du soutien social fait référence à l'évaluation subjective qu'une personne a du soutien social dont elle bénéficie (Beeman, 2001). Le soutien social reçu correspond quant à lui à un soutien offert concrètement par une personne de l'entourage lors de moments difficiles (Houle, 2005). Contrairement aux mesures de taille du réseau, il cherche à qualifier le soutien social reçu. Les mesures de soutien social perçu ou de disponibilité tel que la

perception du soutien social dans l'entourage sont plus déterminantes que les mesures structurelles de soutien social telles que le nombre de personnes incluses dans le réseau social (Barerra, 2000). En outre, il appert que la mesure de soutien perçu la plus souvent utilisée en recherche est le soutien émotif. Selon plusieurs chercheurs, cette mesure influence davantage la santé mentale que le soutien social réellement reçu (Caron et Guay, 2005; Dunkel-Schetter et Bennet, 1990; Wethington et Kessler, 1986 cités dans Thoits, 1995). Les travaux de Harter (1985) portant sur le bien-être des enfants abondent dans le mêmes sens. Ses travaux ont d'ailleurs mené au développement d'un outil de mesure du soutien social perçu chez les enfants. Ainsi, selon Harter (1985), ce qui prédirait le mieux le sentiment d'estime personnelle et de bien-être des enfants serait le soutien émotif qu'ils perçoivent des membres importants de l'entourage soit les parents, des enseignants, les amis, des camarades de classe. Les mesures subjectives de soutien social apparaissent donc plus fortement associées à la santé mentale que les mesures objectives du soutien social (Kessler, 1992). Cependant puisque la majorité des études portant sur le soutien social mesurent la perception du soutien reçu et non pas des observations de comportements réels de soutien, il est possible que d'autres recherches s'avèrent nécessaires pour permettre un positionnement définitif à ce sujet (Caron et Guay, 2005).

#### 1.3.2.2 Les effets négatifs possibles du soutien social

Bien que le soutien social revête un caractère habituellement positif, peut-il entraîner des effets négatifs sur la santé mentale? Des études se sont penchées entre autres soit sur : la relation positive entre la détresse psychologique et le soutien social reçu ou recherché; les conflits interpersonnels dans le réseau social et les occurrences où le soutien social influence négativement l'impact d'un événement stressant sur une personne (Barrera, 2000). Peu de recherches soutiennent l'hypothèse des effets délétères de l'aide sur la santé mentale. Seule exception, les recherches portant sur le soutien social chez les adolescents antisociaux. L'appartenance à un groupe de pairs

déviant aurait pour effet de maintenir et même d'augmenter leurs comportements déviant (Hamel, 2001). Les effets néfastes du soutien social seraient davantage reliés à la présence d'un réseau social conflictuel dans l'entourage de la personne. Ainsi, la présence de situations de conflits dans le réseau social influencerait presque qu'autant la santé mentale que la disponibilité des individus susceptibles d'apporter un soutien social.

### 1.3.2.3 L'influence du soutien social selon le genre

La recension des écrits de Thoits (1995), portant sur les liens entre le stress, l'adaptation et le soutien social, souligne que les données sont cohérentes quant aux différences de genre. Les femmes auraient une plus grande propension à rechercher du soutien social que les hommes. Les données de l'enquête sociale et de santé 1998, réalisée auprès de Québécois, montrent que les hommes sont plus nombreux que les femmes à présenter un faible indice de soutien social (23 % contre 17 %). Les différences de genre sont encore plus marquées chez les personnes âgées de 25 à 64 ans. Cet indice est évalué en fonction de l'intégration sociale, de la satisfaction des rapports sociaux et de la taille du réseau et des relations intimes (Julien et al., 2000). Les données populationnelles canadiennes rapportent également des différences de genre quant aux bienfaits du soutien social sur la santé mentale (Shields, 2004). L'effet atténuant du soutien émotif sur les bouleversements psychologiques engendrés par le stress serait bénéfique à court terme autant chez les hommes que chez les femmes. Toutefois, à plus long terme, seules les femmes retireraient des effets bénéfiques du soutien émotif.

Chez les populations plus jeunes, les différences de genre reliées au soutien social sont moins documentées que chez les adultes, mais certains travaux laissent croire que le soutien social ou l'impact de celui-ci n'est pas le même chez les filles et les garçons (Appleyard, Egeland et Sroufe, 2007; Bokhorst, Sumter et Westenberg,

2010). Notamment, pendant l'adolescence, la diminution du soutien social de la mère serait plus marquée envers les garçons qu'envers les filles (Hamel, 2001). D'autres travaux portant sur le soutien social et l'adaptation d'enfants âgés de 7 à 10 ans montrent que les garçons perçoivent plus de soutien social que les filles (Dilworth, 2002). La satisfaction du soutien reçu des jeunes filles âgées de 6 à 12 ans exposées à la violence conjugale permet quant à elle de prédire leur adaptation alors que cela n'est pas le cas chez les garçons (Trabelsi, 2003). Chez les adolescents, le soutien social serait généralement semblable chez les deux sexes (Hamel, 2001). Enfin, encore peu de données permettent à ce jour de saisir adéquatement le développement différencié du soutien social selon le genre de l'enfance à l'adolescence.

### 1.3.3 Les processus d'influence du soutien social sur la santé mentale

Les effets bénéfiques du soutien social sur la santé mentale sont largement reconnus mais les processus qui sous-tendent les actions sur la santé mentale demeurent quant à eux moins certains (Thoits, 1995). Chez les enfants, le phénomène est encore peu étudié, particulièrement en ce qui concerne les perceptions et attitudes subjectives des enfants relativement au soutien social (Nestmann et Hurrelman, 1994). De plus, le soutien social est généralement étudié auprès de populations d'enfants à risque ou aux prises avec des difficultés. Par exemple, la plupart des études portent sur le soutien et l'adaptation des enfants lorsque ceux-ci subissent des événements stressants, notamment de la violence conjugale ou les problèmes de toxicomanie d'un des parents (Riensen et Poraht, 2004; Trabelsi, 2003; Pilowsky, Zybert et Vlahov, 2004). Peu d'études portent sur le soutien social chez des populations d'enfants n'ayant pas de problèmes spécifiques (Boosman, Van der Meulen, Van Geert et Jackson, 2002; Bryant, 1994). Néanmoins, depuis plusieurs années, les recherches qui tentent de mieux comprendre les processus d'influence du soutien social chez les adultes offrent des théories intéressantes.

Les différentes perspectives théoriques sur le soutien social permettent d'accroître notre compréhension du processus menant au développement de relations de soutien et de son influence sur la santé mentale. Deux modèles théoriques principaux ressortent des écrits à ce sujet. Le premier consiste à concevoir le soutien social comme ayant un effet direct (effet principal) sur la santé mentale et le deuxième modèle considère que celui-ci a un effet indirect (effet tampon) sur la santé mentale.

#### 1.3.3.1 Le soutien social comme effet principal

Les tenants du premier modèle (effet principal) conçoivent le soutien social comme une variable fondamentale et protectrice de la santé mentale (Caron et Guay 2005; Gottlieb, 1987; Thoits, 1995). Plusieurs théories et hypothèses permettent d'expliquer cet effet direct sur la santé.

D'abord, la théorie de l'attachement développée par Bowlby (1978) permet de retracer les patrons d'interactions préalables qui, dès la naissance de l'enfant, conditionneront le soutien social et l'adaptation ultérieure de la personne, et ce, de l'enfance et l'âge adulte. Selon cette théorie, la satisfaction des besoins fondamentaux de l'enfant par le parent (la mère généralement) lui procure un sentiment de sécurité et de confiance qui l'encourage à explorer son environnement. L'enfant ayant un attachement sécurisant peut ainsi développer des relations avec autrui et une perception positive du soutien qu'il peut recevoir en cas de besoin (Sarason, Sarason et Pierce, 1990). Il apparaît que l'attachement parent-enfant permettrait l'apparition de compétences sociales chez l'enfant ainsi que l'établissement de relations interpersonnelles positives (Hamel, 2001). La qualité des liens d'attachements développés pendant l'enfance module le soutien social à l'âge adulte.



La perspective sociocognitive vient rejoindre celle de l'attachement. Selon les sociocognitivistes, le soutien social influence la santé si une personne perçoit qu'elle en bénéficie (Lakey et Cohen, 2000). Cette croyance permet ainsi de renforcer son estime personnelle ce qui influencera à son tour sa santé. Le fait de percevoir du soutien social peut également avoir un impact direct sur la santé. Un autre courant théorique ajoutant à la compréhension de l'impact du soutien social sur la santé est celui du symbolisme interactionniste de Stryker (1980) (cité dans Lakey et Cohen, 2000). Selon ce courant, le soutien social permet une autorégulation chez les individus. Les interactions sociales ont un effet protecteur sur la santé mentale en donnant l'impression à la personne qu'elle a un rôle à jouer dans son environnement. Le soutien social permet donc de structurer l'identité et contribue à façonner l'estime personnelle des individus.

En outre, selon Martin et Brantley (2004), lorsqu'il est considéré comme ayant un effet principal sur la santé, le soutien social peut être perçu comme étant une composante fondamentale, voire innée, chez l'être humain, au même titre que le besoin d'attachement. Le besoin d'obtenir du soutien social permettrait de combler les besoins non seulement physiques, mais aussi psychologiques chez l'être humain. Celui-ci agit comme un facteur de prévention primaire de la santé mentale en contribuant à une meilleure satisfaction et en rehaussant le bien-être émotif. Le sentiment de stabilité et de sécurité que procure le soutien social contribue à maintenir le bon fonctionnement du système endocrinien des personnes, ce qui, de surcroît, les rendraient moins à risque de développer des maladies.

#### 1.3.3.2 Le soutien social comme effet tampon

Le deuxième modèle, le plus influent, postule quant à lui que le soutien social agirait non pas directement sur la santé mentale, mais plutôt indirectement comme une composante modératrice du stress et donc préserverait la personne des impacts

négatifs du stress (Barrera, 2000; Cutrona et Russel, 1990; Cohen et Wills, 1985 et Cobb, 1976 cités dans Caron et Guay, 2005). Ainsi, le soutien social agirait à titre de variable tampon par l'entremise des actions des autres (ex. : des conseils, validation, etc.) ou par la perception que du soutien social est disponible (Lakey et Cohen, 2000). Cette théorie est fortement liée à la recherche sur le stress et l'adaptation (coping) développée entre autres par Lazarus et Folkman (1984).

Une des hypothèses pour expliquer l'effet tampon est la *Stress-support matching hypothesis* développée par Cutrona et Russel (1990). Selon cette hypothèse, le soutien social agit comme un modérateur de stress seulement si le soutien social apporté répond au besoin de la situation et de l'individu qui le reçoit. Ainsi, l'effet bénéfique du soutien social sur la santé opère seulement si la forme de soutien est appropriée à la demande de la situation stressante. Chacune de ces situations ne nécessite pas nécessairement le même type de soutien social. À titre illustratif, si un enfant vient de perdre un jouet, on peut lui donner des trucs pour qu'il retrouve l'objet perdu, mais si un enfant vient d'apprendre le décès de son parent lui donner des conseils pour le retrouver serait plutôt inutile. Il s'avère plus aidant pour l'enfant en deuil d'avoir une personne proche de lui à ce moment pour lui apporter un soutien émotif par exemple.

Outre l'adéquation des types de soutien apportés lors de situations stressantes, certains chercheurs suggèrent que le soutien social permet de réduire le stress parce que les personnes interprètent ou évaluent la situation stressante de façon moins négative. Selon Lazarus et Folkman (1984), deux types d'évaluation sont possibles : les primaires et les secondaires. Les évaluations primaires permettent de juger à quel point la situation est menaçante (ex. : est-ce que cela peut causer des dommages ou est-ce que cela représente simplement un défi?), tandis que l'évaluation secondaire permet d'identifier les ressources nécessaires pour gérer la situation. D'après Lazarus et Folkman (1984), le soutien social peut servir de mécanisme d'adaptation en permettant de résoudre un problème ou de réguler les émotions, mais il sert

également lors de l'évaluation secondaire d'une situation. L'évaluation positive des ressources internes et externes (dont le soutien social) contribue au processus d'adaptation. Par exemple, selon cette théorie, une personne évaluerait les événements stressants plus positivement selon qu'elle perçoit du soutien social dans son entourage et cela aurait comme effet de réduire l'impact du stress sur la santé.

Nous venons de voir les deux modèles théoriques qui dominent le débat pour expliquer les effets du soutien social sur la santé. Un modèle considère que le soutien social a un effet direct et positif sur la santé, alors que l'autre propose que le soutien agit comme une variable tampon utile lorsque la personne est mise en situation de stress. Puisqu'on ne retrouve pas d'appuis scientifiques qui comparent la primauté d'un modèle théorique sur l'autre, il est fort probable qu'ils soient complémentaires. Ainsi, ni l'effet principal et l'effet tampon ne permettent d'expliquer, à eux seuls, les processus qui sous-tendent l'influence positive du soutien social sur la santé (Callaghan et Morrissey, 1993; Thoits, 1995; Tousignant, 1987).

#### 1.4 Liens entre le soutien social et les mécanismes d'adaptation

Dans la perspective selon laquelle le soutien social agit indirectement sur la santé mentale (effet tampon) en influençant l'adaptation des personnes à un événement stressant, voyons comment le soutien social influence l'adaptation. En 1978, Dorenwend avançait que l'émergence des psychopathologies était la résultante des processus sous-jacents découlant des événements stressants. Selon le modèle de vulnérabilité au stress de Dorenwend, chaque personne présente une prédisposition variable à développer un problème à la suite d'un stress. Cette prédisposition fluctuerait en fonction de différents facteurs, dont l'hérédité, les mécanismes d'adaptation des personnes et le soutien social (Levine et Perkins, 1997). Lazarus et Folkman (1984) conçoivent également que ce sont les ressources individuelles et

environnementales (telles que la santé physique, les cognitions positives, les habiletés sociales; les ressources matérielles; le soutien social, etc.) qui influencent l'adaptation au stress. Selon eux, le processus d'adaptation constitue « un effort cognitif et comportemental constant dont le but est de gérer les demandes spécifiques internes et/ou externes évaluées comme taxant ou excédant les ressources de la personne » (p.141). Les mécanismes d'adaptation ont deux principales fonctions : résoudre des problèmes et réguler les émotions.

Selon la recension des écrits de Compas, Connor-Smith, Saltzman, Thomsen et Wadsworth (2001) sur l'adaptation chez les enfants et adolescents, c'est la conceptualisation des mécanismes d'adaptation de Lazarus et Folkman (1984) qui fut largement adoptée par les chercheurs dans le domaine. Ils ajoutent que les recherches dans ce domaine manquent de cohérence et de consensus quant à la nature des mécanismes d'adaptation durant l'enfance et l'adolescence. Ainsi, la compréhension des liens entre le soutien social et les mécanismes d'adaptation doit prendre source à même les écrits portant chez les adultes.

La plupart des recherches portant sur le lien entre les mécanismes d'adaptation et le soutien social postulent que le soutien social constitue une ressource à l'adaptation (Aspinwall, 2004; DeLongis et Holtzman, 2005; Thoits, 1986). Ainsi, percevoir du soutien social comme disponible (ex. : que des personnes proches dans votre entourage peuvent vous venir en aide) influencerait l'utilisation de mécanismes d'adaptation spécifiques ainsi que leur efficacité sur la santé mentale (Carpenter et Scott, 1992 cités dans DeLongis et Holtzman, 2005).

L'influence du soutien et des relations sociales sur l'adaptation s'exerce de trois façons (DeLongis et Holtzman, 2005). Premièrement, le soutien social peut agir en tant que référent social, lorsque par exemple les personnes cherchent chez les autres

ce qui est considéré comme un mécanisme d'adaptation approprié dans une situation particulière. Deuxièmement, les relations sociales peuvent agir en procurant de l'information directe sur l'efficacité probable d'une stratégie en particulier. Troisièmement, le simple fait de percevoir du soutien social dans son entourage augmenterait l'éventail de mécanismes d'adaptation que les personnes utilisent.

Les processus d'influence du soutien social et des mécanismes d'adaptation sont bidirectionnels et dynamiques. Ainsi, les mécanismes d'adaptation propres à une personne influencent également la façon dont les proches lui apportent leur aide et vice-versa (Aspinwall, 2004). Notamment, quand une personne utilise un mécanisme d'adaptation centré sur les émotions (ex. : demande toujours de se faire rassurer dans ces choix) cela pourrait mener à un soutien social de plus en plus négatif et ne plus devenir aidant pour la personne (ex. : elle ne se sent plus écoutée dans son insécurité). Par ailleurs, l'utilisation de certains autres mécanismes d'adaptation (ex. : avoir une attitude empathique face à son conjoint lors de conflits conjugaux) peut entraîner à l'opposé, des boucles d'interactions plus positives avec l'entourage et procurer un plus grand bien-être chez les personnes.

En somme, le foisonnement des recherches portant sur le soutien social nous amène à prendre conscience que d'autres études sont nécessaires afin de mieux comprendre les diverses modalités d'influence du soutien social en particulier chez les enfants et les adolescents (Thoits, 1995). Les divers constats laissent croire que les interventions pour rehausser le soutien social constituent une voie prometteuse pour promouvoir la santé mentale des enfants.

### 1.5 Interventions visant à améliorer le soutien social et la santé mentale chez les enfants

De nombreux experts s'accordent sur la nécessité de déployer des interventions de promotion de la santé mentale et de prévention des troubles mentaux auprès de la population afin d'intervenir avant l'apparition des problèmes et de contribuer au bien-être de la population (Moodie et Jenkins, 2005). Toutefois, il existe très peu de programmes évalués ayant pour but de promouvoir la santé mentale qui visent spécifiquement à accroître le soutien social auprès des enfants. La très grande majorité des interventions visant à améliorer le soutien social chez les enfants ciblent des enfants à risque ou aux prises avec des problématiques particulières. En outre, généralement elles ne comportent aucune mesure directe de soutien social permettant de juger de leur efficacité (Barrera et Prelow, 2000). Les deux prochaines sections présentent les types d'interventions visant à promouvoir le soutien social et la santé mentale.

#### 1.5.1 Programmes visant à améliorer le soutien social

Les programmes qui visent spécifiquement à améliorer le soutien social chez les enfants se subdivisent en trois types : le mentorat, la modification de l'environnement des personnes afin qu'il soit plus supportant et les groupes de soutien ou d'entraide (Barrera et Prelow, 2000).

Les programmes de type mentorat se caractérisent généralement par une « personne clé » qui apporte du soutien à une autre personne (Barrera et Prelow, 2000). Un des programmes de mentorat les plus connus est le programme *Grands frères/Grandes Sœurs* qui consiste à jumeler un adulte avec un enfant issu d'une famille monoparentale. L'évaluation du programme auprès d'adolescents montre des effets positifs. Entre autres, ils sont moins enclins à s'absenter de l'école, à s'initier à la consommation de drogues et bénéficient d'une meilleure relation avec leurs parents

(Tierney, Grossman et Resch, 2000). Néanmoins, il semble que les évaluations des interventions de type mentorat ne permettent toujours pas d'affirmer qu'elles améliorent le soutien social et la santé mentale des jeunes (Barrera et Prelow, 2000).

Felner et ses collaborateurs (1982) ont développé un des programmes qui permet de modifier l'environnement qui s'intitule STEP (*School Transition Environnement Program*) (Felner et al., 1993). Ce programme a pour but de faciliter la transition entre l'école primaire et secondaire. Il s'assure que les élèves soient avec le même groupe d'élèves pendant les matières principales (ex : mathématique ou le français) afin d'éviter que les enfants aient à s'adapter à un nouveau groupe d'élèves pour chaque matière. Les enseignants impliqués dans le programme agissent à titre de mentor auprès des élèves. Le programme a connu quatre évaluations comportant des devis quasi-expérimentaux avec groupes de comparaison. Les évaluations montrent que la participation au programme améliore les sentiments positifs face à l'environnement de l'école et les performances académiques des élèves. La dernière évaluation comparant 1 204 élèves qui participent au programme à 761 élèves non participant montre que les élèves du groupe intervention rapportent éprouver moins de stress liée à la transition, de meilleures relations envers l'école et la famille ainsi qu'une amélioration de l'estime de soi (Felner et al., 1993). En outre, les élèves participants présentent moins de symptômes dépressifs, anxieux et de comportements délinquants que ceux du groupe témoin. Toutefois, les évaluations disponibles du programme STEP ne comportent pas de mesures liées au soutien social des élèves et ne permettent donc pas d'évaluer l'impact de ce dernier sur le soutien social.

Pour leur part, les groupes de soutien s'adressent souvent à des enfants à risque (ex : enfants de parents divorcés). Ils incluent généralement plusieurs composantes telles que le renforcement des capacités d'autocontrôle, la résolution de conflits et le développement des habiletés de communication. Dans leur recension des programmes visant à améliorer le soutien social, Barrera et Prelow (2000) soulignent qu'une des

lacunes majeures de l'évaluation de l'efficacité de ces types d'interventions est l'absence de mesures d'évaluation du soutien social. Les changements évalués comprennent généralement des mesures psychologiques de dépression, d'anxiété ou de troubles du comportement et très peu d'indicateurs portent sur la santé mentale ou les compétences positives. En outre, très peu d'interventions de type universel qui visent à promouvoir le soutien social (mis à part le programme STEP) chez les enfants semblent avoir connu une évaluation scientifique. Par ailleurs, les écrits scientifiques sont beaucoup plus abondants sur l'évaluation des programmes de prévention de type universel qui n'ont pas pour objectif de modifier le soutien social. Il serait donc intéressant de vérifier si ce type de programmes peut modifier le soutien social chez les enfants.

#### 1.5.2 Programmes de promotion de la santé mentale chez les enfants

Les programmes universels peuvent être implantés dans différents lieux fréquentés par les enfants tels que la maison, la garderie, l'école ou au sein d'organismes communautaires qui offrent de l'aide aux devoirs, etc. (Power, DuPaul, Shapiro et Kazak, 2003). La plupart des programmes de promotion ou de prévention de type universel sont implantés pour leur part à l'école (Power et Blom-Hoffman, 2004). Depuis une vingtaine d'années, de nombreux programmes visant le développement socio-affectif et l'adaptation des enfants ont été mis sur pied. Ces types de programme ont montré des effets positifs chez les enfants tels que les compétences socio-émotives, les mécanismes d'adaptation, la performance scolaire et dans la réduction de comportements et de problèmes intériorisés (Durlak et Wells, 1997; Durlak, Weissberg, Dymnicki, Taylor and Schellinger, 2011; Kragg, Zeegers, Kok, Hosman et Abu-Saad, 2006; Payton et al., 2009; Tennant, Goens, Barlow, Day et Steward-Brown, 2007).



Le propre des programmes de promotion et de prévention universelle consiste à améliorer les facteurs de protection et à diminuer les facteurs de risque de tous les enfants de sorte qu'ils soient à même de mieux surmonter les obstacles et défis pendant leur développement (Power et al., 2003). Or la majorité des programmes de type universel ont pour but de prévenir une problématique en particulier tel que l'abus de drogue comme « Keepin'it REAL » (Kulis, Nieri, Yabiku, Stromwall et Marsiglia, 2007), les comportements agressifs tels que « Second Step » (Grossman et al., 1997), ou la violence dans les relations amoureuses comme « Safe Dates » (Foshee et al., 2005). Plusieurs s'accordent sur le fait qu'il est préférable de mettre en place des interventions qui ciblent des facteurs génériques de protection ou de risque qui influencent le développement de plusieurs problèmes (Browne, Gafni, Roberts, Byrne et Majumdar, 2004; Greenberg, Domitrovich and Bumbarger, 2000; INSPQ, 2008).

#### 1.5.2.1 L'école : un milieu à privilégier pour l'établissement de programmes universels

L'entrée à l'école est une période de transition importante chez les enfants (INSPQ, 2008). Nombre d'experts dans le domaine de la prévention et de la promotion de la santé mentale soutiennent que l'école est un milieu privilégié pour l'établissement de programmes de promotion de la santé mentale. C'est un lieu où les enfants passent beaucoup de temps et il permet de rejoindre tous les enfants. Vitaro et Gagnon (2001) soulignent qu'intervenir dès l'entrée à l'école permet entre autres de rejoindre les enfants des populations les plus vulnérables et d'intervenir tôt dans leur développement. Ils ajoutent que l'implantation et l'évaluation de programmes visant à développer l'entraide et le soutien social chez les populations de jeunes plus défavorisés sont souhaitables. Le soutien social en milieu scolaire revêt une importance capitale pour l'enfant. Ce milieu permet d'entretenir de bonnes relations

avec l'enseignant et ses pairs et l'ensemble de ces interactions peut avoir un effet protecteur sur la santé mentale.

Il existe peu de programmes universels chez les enfants du primaire incluant la dimension du soutien social. Les rares programmes universels visant à prévenir une problématique particulière comme l'adaptation aux changements et aux pertes (programme *Travellers*-voir Dickinson Coggan et Bennet, 2003) ou pour prévenir l'intimidation (Stevens, Van Oost et De Bourdeaudhuij, 2000) montrent des effets sur les comportements de recherche ou d'apport d'aide, mais seulement chez les adolescents. Selon une recension portant sur l'évaluation des programmes de promotion de la santé mentale, très peu de programmes universels semblent modifier le soutien social chez les enfants. Une recension de l'efficacité de 14 programmes de promotion des habiletés sociales chez les enfants de 5-12 ans montre que plusieurs de ces programmes entraînent des effets, bien que mitigés, sur la pro socialité mais ne démontre pas d'effets sur le soutien social (Vadeboncoeur et Bégin, 2005). Le même constat peut être fait de l'efficacité des 34 programmes de prévention des troubles mentaux en milieu scolaire recensés par Greenberg et ses collaborateurs (2000). Bien que plusieurs de ces programmes présentent des effets concernant les mesures de comportements pro sociaux, aucun de ceux-ci ne mesurent le soutien social chez les enfants.

Au Québec, l'évaluation des effets des programmes de type universel en milieu scolaire ne comprend généralement pas de mesures de soutien social. Deux programmes québécois en milieu scolaire sont largement diffusés auprès d'enfants de 5 -12 ans : *Fluppy* et *Vers le Pacifique*. *Fluppy* est un programme de prévention de la violence et du décrochage scolaire principalement destinée aux enfants de la maternelle (Capuano, Poulin, Vitaro, Verlann et Vinet, 2010). Toutefois, le programme est également utilisé en première année. Le programme vise l'apprentissage des habiletés sociales, le contrôle de soi, la communication des

émotions et la résolution de problèmes interpersonnels. La version « maternelle » comprend un volet universel et un volet indiqué et diffère de la version « première année » qui, elle, ne comprend que le volet universel.

La version « première année » du programme fait actuellement l'objet de ses premières évaluations d'effets (Capuano, Poulin, Verlaan et Vitaro, financement CQRS 2001-2004; Capuano et al., financement IRSC 2002-2005), mais les résultats ne sont pas encore disponibles. Grignon et Laverdure (1997) ont cependant évalué l'implantation auprès de 36 classes de maternelle recevant le volet universel et auprès d'enfants identifiés comme ayant des difficultés particulières et de leurs familles (volet indiqué). Les résultats concernant le volet universel suggèrent que le programme est apprécié des directions d'école et des enseignants qui, à une exception près, souhaitent revivre le programme l'année suivante. Les enseignants rapportent que *Fluppy* suscite beaucoup d'intérêt chez les enfants (88 %) et qu'il stimule surtout les habiletés de prise de contact, de contrôle de soi et de résolution de problèmes (90 %). Quant aux parents, 73 % constatent des changements de comportements chez l'enfant. Le seul changement significatif à des mesures pré-post intervention montre une augmentation de la pro socialité des garçons suite au programme. Selon l'information disponible sur la méthodologie, les outils sont adéquats, mais les analyses ne sont pas décrites.

*Vers le Pacifique* fait quant à lui la promotion des conduites pacifiques en deux volets : la résolution de conflits et le développement des habiletés sociales, d'une part, et la médiation par les pairs, d'autre part. Ce dernier volet concerne davantage le deuxième cycle du primaire et le secondaire et ne sera pas décrit ici. Le programme propose une approche « école » pour le préscolaire, le primaire et le secondaire, c'est-à-dire que le projet doit être adopté par l'ensemble des classes de l'école. Les activités varient selon l'âge des enfants. Au premier cycle, les élèves participent à des ateliers en lien avec les thèmes suivant : la connaissance et l'estime de soi,

l'expression des sentiments, la communication, l'écoute, l'empathie, la résolution de conflits et la recherche de solutions.

Le volet « enseignement de la résolution de conflits » pour les niveaux préscolaires et primaires a fait l'objet d'évaluations. Rondeau, Bowen et Bélanger (1999) ont évalué l'implantation et les effets dans cinq écoles primaires. Après un an, les changements suivants sont observés : augmentation des sentiments d'acceptation sociale et de compétence comportementale, augmentation des habiletés au plan sociocognitif. Après deux ans, ces améliorations sont maintenues et s'ajoute un accroissement de la pro socialité. Des retombées inattendues concernant une baisse de la mesure « contrôle de soi » et l'augmentation du niveau moyen de retrait social sont par ailleurs observées. La méthodologie présente des faiblesses. L'évaluation d'implantation repose exclusivement sur des comptes-rendus de réunions. Quant à l'évaluation des effets, l'intervention était déjà en cours lors de la collecte « pré-intervention », il y a absence d'un groupe témoin lors de la deuxième année et les caractéristiques psychométriques des outils ne sont pas fournies.

Les résultats préliminaires de l'évaluation des effets sur les comportements pro sociaux d'enfants de maternelle du programme *Vers le Pacifique* (Vadeboncoeur, Rondeau et Bégin, 2001) suggèrent quant à eux un changement favorable au plan des comportements positifs (encouragements, sourire, etc.), mais aucun changement sur la diminution des comportements négatifs (détruire, agresser, etc.). L'information disponible ne permet pas de juger de la qualité méthodologique de la recherche. Bowen et ses collaborateurs (2003) ont réalisé une évaluation sur l'implantation et les effets auprès de huit écoles primaires expérimentales et cinq écoles témoins. L'analyse d'implantation montre que presque tous les ateliers ont été réalisés et que la satisfaction est très élevée. Des effets sur les habiletés sociocognitives ont été observés auprès des enfants de la troisième à la sixième année. Après un an, cependant, le transfert de ces nouvelles habiletés au plan du comportement est très

variable selon le niveau scolaire, les enfants de maternelle et de première année semblant davantage bénéficier du programme. La méthodologie paraît satisfaisante, la présence d'un groupe témoin ainsi que la taille de l'échantillon méritant d'être soulignées.

En somme, les évaluations des effets de ces deux programmes montrent que le programme *Vers le Pacifique* améliore les habiletés des enfants et leurs adaptations alors que les effets de la version universelle du programme *Fluppy* en première année restent à démontrer. De fait, alors que les recherches portant sur le lien entre le soutien social et la santé mentale abondent, très peu de chercheurs qui évaluent des programmes de promotion de la santé mentale ou de prévention s'intéressent à documenter leurs effets sur le soutien social des enfants.

## 1.6 Le programme « Les amis de Zippy »

### 1.6.1 Description du programme

Le programme *Les amis de Zippy*<sup>1</sup> a été développé par *Befrienders International*, un organisme à but non lucratif travaillant principalement dans la prévention du suicide. L'objectif était de développer un programme de promotion de la santé mentale afin d'aider les enfants à mieux s'adapter aux difficultés de la vie (Mishara et Ystgaard, 2006). À la fin des années 1990, *Befrienders International* a demandé à une équipe internationale de consultants d'analyser la recherche contemporaine sur le sujet. L'équipe a proposé de développer un programme mettant l'accent sur l'amélioration des mécanismes d'adaptation chez les jeunes enfants. *Befrienders International* s'est chargé de coordonner l'élaboration d'un programme nommé initialement « Reaching

---

<sup>1</sup> Pour alléger le texte, nous emploierons à l'occasion le terme «Zippy» pour désigner le programme *Les amis de Zippy* ou pour désigner les enfants du groupe intervention.

Young Europe » avec l'aide de spécialistes en psychologie et en éducation, l'illustrateur et des auteurs. La version actuelle du programme a été révisée à l'Université du Québec à Montréal par le Centre de recherche et d'intervention sur le suicide et l'euthanasie (CRISE) et fut nommée *Les amis de Zippy*<sup>2</sup>. Le programme est actuellement distribué par un organisme à but non lucratif *Partnership for Children*.

*Les amis de Zippy* est un programme de promotion de la santé mentale en milieu scolaire. Il vise l'acquisition de mécanismes d'adaptation par les enfants du premier cycle du primaire qui ne vivent pas de difficultés particulières. Le programme se fonde sur l'approche théorique de Lazarus et Folkman (1984). Selon cette approche, si les enfants peuvent développer un bon répertoire de mécanismes d'adaptation efficaces dès leur plus jeune âge, ils seront moins sujets à développer des problèmes sérieux plus tard dans la vie. L'intérêt d'enseigner ces stratégies très tôt repose sur des études qui démontrent que même les enfants de quatre ou cinq ans sont capables d'envisager plusieurs solutions pour composer avec les problèmes quotidiens (Lazarus et Folkman, 1984). Le programme enseigne aux enfants comment s'ajuster aux difficultés quotidiennes, à identifier leurs sentiments, à en parler et à explorer différentes manières de composer avec eux. Le programme n'enseigne pas aux enfants ce qu'ils doivent faire ou ne pas faire, mais il les amène plutôt à identifier eux-mêmes les mécanismes d'adaptation qui les aident à se sentir mieux ainsi qu'à évaluer l'effet de leurs utilisations

*Les amis de Zippy* comporte 24 séances réparties en six modules et animées en classe par un enseignant ou une personne-ressource du milieu scolaire (psychoéducateurs, psychologues, etc.) ayant été préalablement formé. Au Québec, la formation des animateurs au programme implique une journée de formation en début d'année scolaire et une demi-journée en milieu d'année scolaire. Les formations permettent

---

<sup>2</sup> Pour d'information sur le programme en français, consulter le site internet suivant : <http://www.zippy.uqam.ca>

aux animateurs de prendre connaissance des objectifs, de la théorie du programme et de l'importance des divers contenus des modules et séances. Lors des formations, les enseignants ou personne-ressources reçoivent une trousse comprenant un guide de recommandations, les cahiers d'animation pour chacun des modules, les illustrations, annexes et le matériel à reproduire pour l'animation du programme en classe. Le programme s'étale sur une année scolaire, soit généralement d'octobre à mai. Les activités du programme consistent en l'animation d'une séance par semaine d'une durée d'environ 45 minutes chacune. Les animateurs sont libres d'animer les séances au moment qu'ils leur convient durant la semaine, avant la pause du dîner ou en fin d'après-midi par exemple.

Le programme est construit autour de six histoires (une par module) mettant en scène un groupe d'enfants et Zippy « l'insecte domestiqué » de l'un d'entre eux. Les histoires portent sur des enfants confrontés aux problèmes et défis habituels des jeunes enfants – vivre des émotions positives et négatives, communiquer, nouer et mettre fin à des relations d'amitié, résoudre des conflits et composer avec la perte et le changement. Les histoires sont illustrées par des images aux coloris vifs. Chaque séance comporte une lecture d'une portion de l'histoire par l'animatrice, suivie d'activités comme des discussions animées avec les enfants, des jeux de rôles ou des dessins. Le programme est conçu autour d'une série d'objectifs et d'activités qui doivent être complétés selon l'ordre des modules. Chaque module comporte des objectifs généraux et spécifiques à chacune des séances (*voir* Appendice A pour la description de chacun des objectifs des modules et des séances). Au début de chaque module, le cahier de l'animateur présente aussi la logique sous-jacente aux objectifs. L'extrait du matériel d'animation du premier module du programme (*voir* Appendice B) permet de mieux comprendre le déroulement des séances.

#### 1.6.1.1 La place du soutien social dans le programme *Les amis de Zippy*

La figure 1.1 illustre les diverses composantes théoriques et de mise en œuvre reliées au programme et menant aux changements attendus suite à la participation au programme. Cette représentation a été élaborée pour les besoins de la présente étude à partir des documents relatifs au programme (ex. : la trousse d'animation du programme, le contenu de la formation, les articles portant sur le programme) et suite à des discussions avec l'un des concepteurs du programme pour en dégager la logique implicite. Le programme vise à améliorer ultimement la santé mentale et à diminuer les problèmes d'adaptation en élargissant le répertoire des mécanismes d'adaptation chez les enfants. Il reconnaît l'importance de développer du même souffle les compétences sociales chez les enfants ainsi que le soutien social (objectif transversal à tous les modules), c'est-à-dire leur capacité à offrir, recevoir ou percevoir de l'aide. Bien que le soutien social soit un concept multidimensionnel, les objectifs du programme supposent que la participation aux activités peut influencer le soutien perçu, offert, souhaité et les différentes fonctions qu'il peut exercer.

Le programme doit être complété selon l'ordre prescrit des modules. Suivant cette logique, la reconnaissance des émotions (telle la tristesse, la colère, la jalousie et la nervosité) correspond à une compétence fondamentale à développer pour atteindre les objectifs à court et moyen termes du programme. Selon la logique du programme, certains enfants éprouvent de la difficulté à identifier comment ils se sentent dans diverses situations et sans cette habileté, il leur est difficile de communiquer aux autres leurs émotions et d'identifier des stratégies d'adaptations adéquates. L'habileté à reconnaître les émotions constitue un préalable nécessaire à la manifestation de demande et d'offre de soutien social dans l'entourage.

D'autres composantes du programme permettent d'influencer différentes dimensions du soutien social. D'abord, l'ensemble des modules du programme vise à augmenter



la capacité des enfants à identifier la demande et l'offre de soutien social comme un mécanisme d'adaptation approprié lors de situations difficiles. Dès lors, il est possible que la participation au programme amène les enfants à percevoir plus de soutien social disponible dans leur entourage. Aussi, en augmentant l'adaptation et le répertoire des mécanismes d'adaptation des enfants, on peut penser que cela va influencer les types de soutien social offert ou qu'ils souhaiteraient recevoir lors de situations difficiles. Enfin, plusieurs séances du programme poursuivent des objectifs directement en lien avec l'amélioration du soutien social offert ou demandé tels que : Séance 2.3 : Améliorer les habiletés des enfants à demander de l'aide; Séance 4.4 : Améliorer les habiletés des enfants à aider les autres à résoudre les conflits; Séance 5.4: Aider un ami à voir les aspects positifs des changements et des pertes; Séance 6.2 : Améliorer les capacités d'entraide des enfants pour qu'ils aident les autres à s'adapter selon les situations.

La figure 1.1 indique les facteurs reliés à la mise en œuvre qui peuvent influencer les résultats à court et moyen termes attendus par le programme. Sans nier l'influence des facteurs contextuels possibles comme l'environnement familial ou de l'école, le programme étant animé en classe généralement par les enseignants, le succès du programme tient davantage compte des variables proximales liées à la mise en œuvre telles les caractéristiques de l'animateur, le degré de conformité de l'animation avec ce qui est prévu dans le programme et la perception du programme de l'animateur.

En somme, la participation au programme vise ultimement à améliorer la santé mentale et à diminuer les problèmes d'adaptation en travaillant au rehaussement des compétences sociales, des habiletés d'adaptation et du soutien social chez les enfants. Comme mentionné précédemment, il est fort probable que l'amélioration d'un des résultats à court ou moyen termes (ex. : soutien social) puisse influencer l'amélioration des autres changements attendus (ex. : compétences sociales et/ou habiletés d'adaptation).

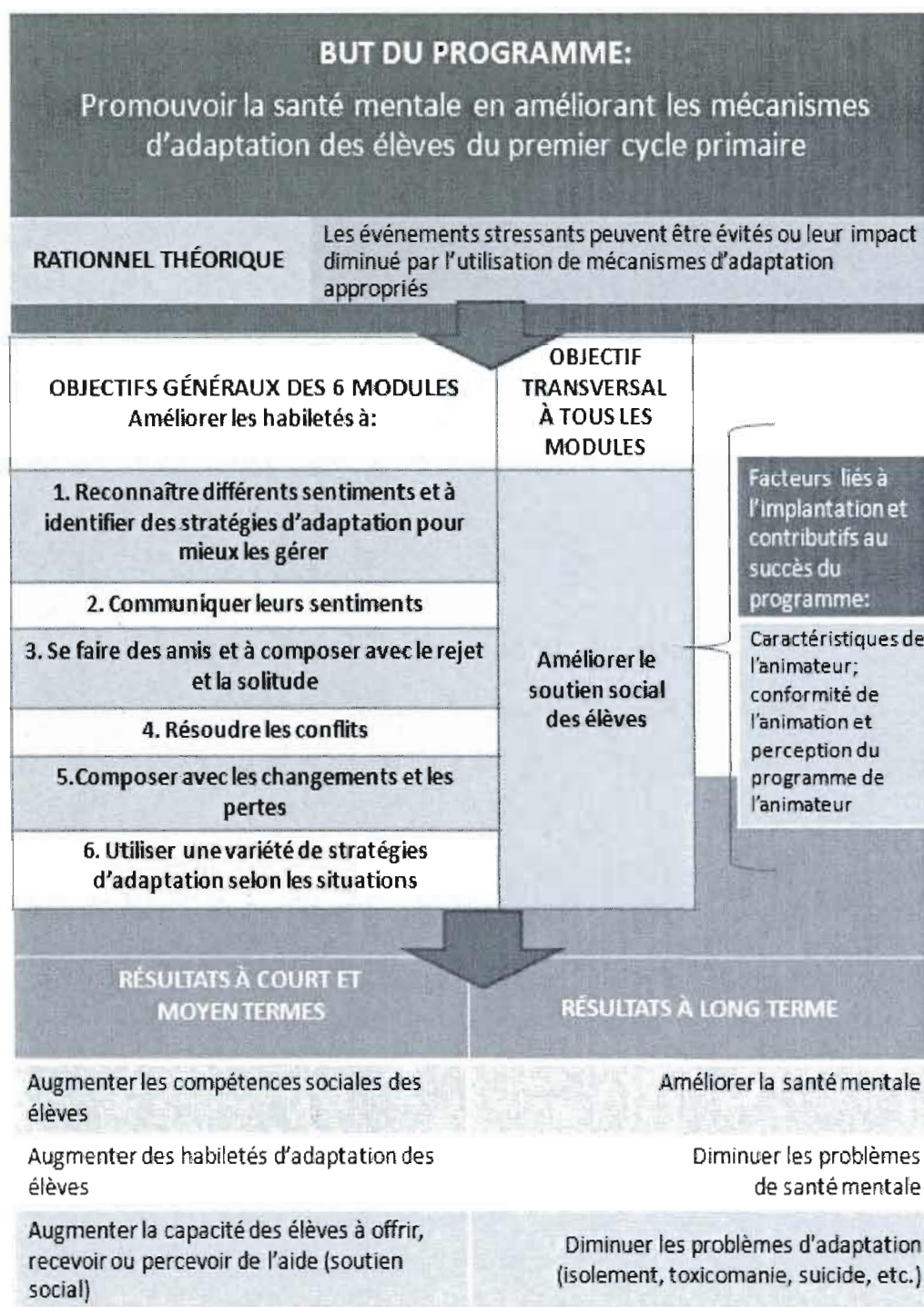


Figure 1.1: Place du soutien social dans le modèle logique du programme *Les amis de Zippy*

### 1.6.2 Implantation

Actuellement, plus de 400 000 enfants dans le monde participent au programme *Les amis de Zippy*. Celui-ci est traduit dans plusieurs langues et présents dans plus de 19 pays (Brésil, Lituanie, Chine, Angleterre, Islande, Danemark, etc.). L'organisme à but non lucratif *Partnership for Children* est responsable de la mise en œuvre internationale du programme en créant des liens avec des partenaires dans chaque pays désireux de participer au programme. Au Québec, le Centre de recherche et d'intervention sur le suicide et l'euthanasie (CRISE) de l'Université du Québec à Montréal est responsable de l'implantation et de l'évaluation de la version française du programme. Depuis la première année d'implantation au Québec en 2004, plus de 7 000 enfants ont participé à Zippy. Le programme est implanté dans plusieurs régions du Québec (Outaouais, Québec, Montérégie, Laurentides, etc.). Les résultats de la première année d'implantation du programme au Québec auprès d'une trentaine de classes québécoises ont révélé que le programme connaissait une mise en œuvre réussie. Le programme était entre autres apprécié par les enseignants et les élèves. Tous les enseignants disaient qu'ils recommanderaient ce programme à des collègues (Dufour, 2005).

### 1.6.3 Évaluations antérieures

#### 1.6.3.1 Évaluation du projet pilote de la première version du programme

Une version pilote du programme *Les amis de Zippy* qui se prénomrait alors « Reaching Young Europe » fut testée au Danemark pendant l'année 1998-1999 (Mishara et Ystgaard, 2000). L'évaluation d'implantation et des effets à court terme s'est effectuée auprès de 214 enfants participants au programme comparés à un groupe témoin de 109 enfants. Les résultats montrent que la participation et l'appréciation du programme étaient fortes. Les enfants ayant participé au programme présentaient de meilleures habiletés sociales (dont l'affirmation de soi et l'empathie)

que ceux du groupe témoin. Toutefois, aucune différence ne fut décelée entre les mécanismes d'adaptation chez les enfants du groupe expérimental et du groupe témoin et ce, peu importe que les données soient recueillies par des outils individuels ou des observations des professeurs.

À partir des résultats de cette évaluation, une refonte du programme a permis d'augmenter l'accent mis sur les mécanismes d'adaptation (Mishara et Ystgaard, 2006). Ainsi, plusieurs séances du programme furent ajustées par des membres du Centre de recherche et d'intervention sur le suicide et l'euthanasie à l'Université du Québec à Montréal de façon à les rendre plus efficaces auprès des enfants. Cette version révisée du programme (qui donna lieu à la version actuelle du programme) fut ensuite testée auprès d'élèves et d'enseignants à Montréal (Québec). Les résultats ont montré que les activités du programme entraînaient un bon niveau de participation et d'appréciation. Néanmoins, la nécessité de procéder à une évaluation rigoureuse d'implantation et des effets du programme entre autres sur les mécanismes d'adaptation s'imposait.

#### 1.6.3.2 Évaluations de la version actuelle du programme

Depuis les années 2000, la version actuelle du programme *Les amis de Zippy* a connu quatre évaluations rigoureuses avec devis quasi-expérimental et groupe témoin non-équivalent (Clarke et Barry, 2010; Mishara et Ystgaard, 2006; Monkeviciénė, Mishara, et Dufour, 2006; Wong, 2008). La première évaluation fut réalisée au Danemark et en Lituanie. Elle impliquait 322 enfants de première année des écoles danoises et 314 enfants de maternelle en Lituanie, et des groupes témoins (respectivement de 104 et 110 enfants). Les évaluateurs concluent que le programme avait été implanté avec succès aussi bien au Danemark qu'en Lituanie, et que selon les mesures prétest et post-test, les enfants des deux pays avaient clairement montré une amélioration significative quant au type et au nombre moyen de mécanismes

d'adaptation utilisés. De même, la participation au programme est liée à des améliorations d'habiletés sociales (ex. : coopération, affirmation de soi, empathie et contrôle de soi) et une diminution des comportements problématiques (hyperactivité et externalisation). Le programme s'avérait aussi efficace chez les garçons que chez les filles (Mishara et Ystgaard, 2006).

Deux autres études, conduites en Lituanie, suggèrent que les effets positifs du programme se maintiennent dans le temps. Une étude a montré que les améliorations dans les mécanismes d'adaptation, les habiletés sociales et la diminution des comportements indésirables étaient encore présentes un an après (Ystgaard et Mishara, 2006). Une étude menée en Lituanie auprès de 140 enfants ayant participé aux *Amis de Zippy* en maternelle comparés à 106 enfants témoins montre que ces premiers s'adaptent plus facilement à la transition entre la maternelle et l'école primaire (Monkevicienė et al., 2006). Notamment, les enseignants et les parents ont rapporté que, comparativement au groupe témoin, les enfants ayant participé aux *Amis de Zippy* s'ajustaient de façon plus positive à leur nouvelle école, se faisaient de nouveaux amis plus facilement, utilisaient des mécanismes d'adaptation plus appropriés et diversifiés face aux difficultés et présentaient de meilleures habiletés à aider les autres.

Une autre étude réalisée auprès d'enfants de maternelle de Hong Kong (Chine) impliquant 139 enfants participants au programme et 128 enfants comparables (groupe témoin). Selon les observations des enseignants, les enfants participants au programme utilisent davantage de mécanismes d'adaptation pour faire face aux difficultés de la vie (Wong, 2008). Entre autres, les participants au programme parlent davantage lorsqu'ils sont nerveux ou stressés que les enfants du groupe témoin. Plus récemment, l'étude réalisée en Irlande impliquant 523 enfants participants au programme et 207 enfants ne participant pas au programme a montré que *Les amis de Zippy* a des effets positifs sur les mécanismes d'adaptation et les compétences

sociales (Clarke et Barry, 2010). Un aspect original de cette étude en Irlande est que, contrairement aux autres évaluations menées sur les effets du programme, les évaluateurs n'ont pas utilisé que des instruments standardisés auto-rapportés lors des entrevues avec les enfants. Pour mesurer l'amélioration des mécanismes d'adaptation chez les enfants, ils se sont aussi basés sur la technique de dessins et d'écriture développé par Williams et al. (1989). Un sous-échantillon d'enfants issus des groupes intervention et témoin ont participé à cette activité de collecte au prétest et au post test. Cette méthode consistait à faire dessiner les enfants sur une situation où ils se sentaient tristes ou bouleversés et d'illustrer par un dessin ce qu'ils pouvaient faire pour se sentir mieux dans cette situation. Les enfants étaient également invités à écrire leurs idées au bas des illustrations. Les dessins et les propos des enfants étaient par la suite comparés en fonction de l'appartenance aux groupes et aux deux temps de mesure.

En somme, les évaluations antérieures du programme ont porté essentiellement sur les mécanismes d'adaptation et les habiletés sociales des enfants. Nous savons que le programme améliore les mécanismes d'adaptation, les habiletés sociales et les comportements problématiques des enfants de maternelle et de première année. De plus, ces améliorations se maintiennent un an après la fin du programme et le programme est aussi efficace chez les garçons que chez les filles. Enfin, le programme, lorsque suivi en maternelle, contribue à une meilleure adaptation des enfants lors des trois premiers mois de l'école primaire.

Comme le rappellent Mishara et Ystgaard (2000) et la figure 1.1, un objectif transversal mis de l'avant par *Zippy* consiste à améliorer le soutien social chez les enfants de sorte qu'ils puissent percevoir, demander et offrir du soutien social aux autres lors de moments difficiles. Cependant, comme nous venons de le constater, aucune étude sur le programme n'a eu pour objet d'évaluer l'influence de la participation au programme *Les amis de Zippy* sur le soutien social des enfants. Cette



étude vise à évaluer pour la première fois les effets du programme sur plusieurs dimensions du soutien social et à mieux saisir les liens entre certaines de ces dimensions et les autres effets attendus du programme.

#### 1.6.4 Objectifs de recherche

Notre recherche s'inscrit dans le cadre d'une étude plus large qui avait pour but d'évaluer l'implantation et les effets de la version française du programme *Les amis de Zippy* (Dufour, Denoncourt et Mishara, 2011). Cette première évaluation québécoise a révélé entre autres que la mise en œuvre s'est déroulée comme prévu et que le programme est apprécié tant des enseignantes que des élèves. Le contenu a été intégralement transmis, avec l'intensité prévue, et toutes les enseignantes recommanderaient le programme à un collègue. Les mesures relatives à la mise en œuvre montraient peu de variation et d'autres analyses ont révélé que la qualité d'implantation influençait de façon négligeable les effets liés à la participation au programme. La présente recherche se concentre exclusivement sur les effets du programme en lien avec le soutien social puisque la qualité de mise en œuvre de cette même expérimentation a déjà été documentée de façon détaillée ailleurs dans l'article de Dufour et al. (2011), ce qui permet de s'assurer que les effets observés sont liés à une mise en œuvre conforme du programme (Rossi, Freeman et Lipsey, 1999).

La présente recherche a pour but d'évaluer en quoi la participation des enfants au programme *Les amis de Zippy* modifie à court terme leur soutien social. La recherche évaluative adopte une méthodologie mixte, comportant des volets quantitatif et qualitatif, avec des hypothèses et objectifs de recherche spécifiques à chaque volet.

#### 1.6.4.1 Volet quantitatif

L'objectif principal du volet quantitatif consiste à identifier les effets de la participation au programme *Les amis de Zippy* sur le soutien social perçu, les compétences sociales, et les liens entre le soutien social perçu et l'adaptation socio-affective.

#### Hypothèses

Comparativement aux enfants du groupe témoin, les enfants ayant participé à *Zippy* :

- 1- S'améliorent davantage par rapport au soutien social qu'ils perçoivent bénéficier de leurs parents, de leur enseignant, de leurs amis et camarades de classe;
- 2- S'améliorent davantage par rapport à leurs compétences sociales.

L'objectif secondaire du volet quantitatif permet de répondre à la question exploratoire suivante :

1. La participation au programme modifie-t-elle la force des liens entre l'évolution du soutien social perçu et l'adaptation socio-affective (comprenant les compétences sociales et l'adaptation) des enfants?

#### 1.6.4.2 Volet qualitatif

Ce volet vise à mieux comprendre la nature du soutien social ainsi que le soutien demandé, souhaité et offert chez les enfants en tenant compte des habiletés développées dans le programme *Les amis de Zippy* telles que la reconnaissance des émotions, une habileté essentielle au développement de la demande et de l'offre de soutien. Ce volet permet en outre d'enrichir la compréhension des résultats du volet quantitatif. Plus spécifiquement, l'objectif est de décrire et interpréter les propos et



comportements reliés au soutien social chez les enfants pour en dégager des distinctions sur le plan du discours en fonction de la participation ou non au programme.

Questions de recherche :

1. Quelles formes de soutien social les enfants perçoivent-ils de leur entourage?
2. Dans quelle mesure l'enfant est-il capable de reconnaître plusieurs sentiments difficiles (tristesse, colère, jalousie et nervosité) chez lui-même et chez un autre enfant?
3. Lorsque l'enfant vit un sentiment difficile, demande-t-il de l'aide et si oui, quel type d'aide souhaite-t-il recevoir ?
4. Comment l'enfant aide-t-il un ami confronté à un événement stressant sur lequel cet ami a du contrôle (ex. conflit)?
5. Comment l'enfant aide-t-il un ami confronté à un événement stressant sur lequel cet ami n'a pas de contrôle (ex. deuil)?

## CHAPITRE II

### MÉTHODOLOGIE

#### 2.1 Stratégie et devis de recherche

##### 2.1.1 L'avantage d'une stratégie mixte

La recherche adopte une approche évaluative guidée par la théorie du programme de Huey-Tsyh Chen (1990). Cette logique d'évaluation pragmatique permet de documenter les effets d'un programme en se basant sur ce que le programme entend changer (Alain, 2009). Ainsi, le devis d'évaluation se construit autour du curriculum du programme et de sa structure. L'évaluation d'efficacité du programme adopte une méthodologie mixte que Pluye et ses collaborateurs (2009, p.123) définissent comme « un type d'évaluation dans lequel un expert combine les méthodes qualitatives et quantitatives d'évaluation (approches et (ou) devis et/ou technique de collecte et d'analyse de données) dans le but d'approfondir la compréhension et la corroboration des résultats d'évaluation des programmes ». De plus en plus, les méthodes mixtes tendent à devenir un incontournable dans le domaine de l'évaluation. Bien souvent, elles permettent d'obtenir de meilleurs résultats d'évaluation en fournissant une compréhension accrue du fonctionnement de programmes complexes. Selon Johnson, Onwuegbuzie et Turner (2007), les méthodes mixtes pourraient se conceptualiser sur un continuum allant du « quantitatif pur » au « qualitatif pur » et au milieu de ce continuum, il y aurait le « pur mixte » accordant une importance égale au quantitatif et au qualitatif. La présente recherche se positionne davantage dans une démarche

complémentaire (Teddle et Tashakkori, 2003 dans Pluye et al., 2009). Cela implique que les résultats quantitatifs et qualitatifs sont présentés de façon séparée, mais que certains résultats quantitatifs contribuent aux résultats qualitatifs ou inversement. Ce type de méthodologie permet d'ajouter de la profondeur, d'enrichir les données statistiques et de déceler d'autres changements qui découlent des objectifs du programme (Patton, 2002).

Le volet quantitatif adopte un devis d'évaluation de type pré-post quasi-expérimental avec groupe témoin non équivalent puisque l'attribution des participants aux groupes intervention et témoin ne se fait pas au hasard. Un devis quasi-expérimental offre un meilleur contrôle des éléments pouvant affecter la validité interne que d'autres types de devis. Cette validité accrue est liée aux mesures prétest et post-test et à la présence d'un groupe témoin (Mercier et Gagnon, 2000). Le volet qualitatif pour sa part documente les effets du programme par une approche flexible qui tient compte des composantes du programme, permettant ainsi de mieux comprendre le soutien social chez les enfants. En outre, le volet qualitatif permet de mieux comprendre le soutien social du point de vue des enfants eux-mêmes, une stratégie rarement utilisée (Nestmann et Hurrelman, 1994). Certains auteurs, dont Christensen et James (2002) rappellent l'importance de considérer la perspective des enfants en tant que source d'information riche et pertinente pour documenter un sujet.

### 2.1.2 Donner la parole aux enfants

L'inclusion des enfants à la recherche afin de sonder les notions de soutien social de leur point de vue soulève certains enjeux éthiques. De nos jours, plusieurs chercheurs s'accordent sur la nécessité d'inclure les enfants dans les recherches qui les concernent de sorte que les résultats s'avèrent pertinents pour les principaux bénéficiaires. (Hall, 2010; Kanner, Langerman et Grey, 2004). Toutefois, la participation d'enfants à la recherche soulève plusieurs questions éthiques, entre autres: comment s'assurer que

les jeunes participants puissent consentir à participer en étant tout à fait libres de le faire?

Il n'est pas rare que les recherches auprès d'enfants se fassent en consultant exclusivement les parents sans que l'enfant ait son mot à dire (Kanner et al., 2004). Il est de la responsabilité du chercheur de veiller aux droits et bien-être des participants mineurs et ainsi d'offrir à l'enfant l'opportunité de donner son consentement libre et éclairé. Cela signifie que non seulement l'enfant accepte librement de participer à l'étude, mais que sa décision découle d'une compréhension suffisante du but, de la procédure, des précautions qui seront prises pour respecter la confidentialité ainsi que la liberté de se retirer en tout temps de la recherche sans tentative de coercition, menace ou persuasion (U.S Departement, 1991 cité dans Kanner et al., 2004).

À partir de quel âge les enfants peuvent-ils donner un consentement libre et éclairé? Selon certains psychologues, les enfants de 7 ans et plus peuvent comprendre le processus de consentement et certains affirment même que les enfants âgés de 6 ans peuvent comprendre globalement le but, les implications pour eux durant l'étude ainsi que les risques et bénéfices liés à leur participation (Broome, 1999 cité dans Kanner et al., 2004). Pour d'autres, il importe que l'enfant puisse faire preuve d'un certain degré de compétence (Ward, 1997). Ainsi, un enfant compétent de moins de 16 ans peut se définir comme quelqu'un ayant assez de connaissances pour comprendre ce qui est proposé et suffisamment de discernement pour prendre une décision qui tienne compte de ses intérêts (Alderson et Morrow, 2004 cités dans Fargas-Malet, McSherry, Larkin et Robinson, 2010). Plusieurs recherches menées auprès de personnes mineures adoptent cette perspective et demandent le consentement éclairé d'un parent et l'accord de l'enfant à participer. Obtenir l'accord de l'enfant signifie que celui-ci accepte de participer à l'étude en ayant une idée concrète du processus de recherche (Cocks, 2004). L'accord de l'enfant diffère du consentement éclairé, ce dernier nécessitant un développement cognitif plus avancé; il aide l'enfant à atteindre

un niveau suffisant de conscience de la nature de ce qui lui sera demandé (Kanner et al., 2004).

## 2.2 Volet quantitatif

### 2.2.1 Participants

La recherche comprend deux sources d'information: les enseignants de premier cycle du primaire et leurs élèves respectifs âgés entre 6 et 8 ans. Le groupe intervention se compose de 16 classes (310 élèves) ayant participé au programme *Les amis de Zippy* pour la première fois pendant l'année scolaire 2006-07. Les 19 autres classes (303 élèves) qui ne reçoivent pas le programme composent le groupe témoin. Au total, 35 enseignants de premier cycle primaire participent à la recherche (voir tableau 2.1). L'âge moyen des enfants de premières et deuxièmes années est de 6,72 ans (ÉT=0,54). La distribution des garçons et des filles ainsi que l'âge des enfants ne diffèrent pas significativement entre les groupes intervention et témoin<sup>3</sup>.

**Tableau 2.1:** Distribution des participants en fonction des groupes et du sexe

Groupe	Enfants	Enseignants
Intervention	310	16
Sexe féminin	141	16
Sexe masculin	169	-
Témoin	303	19
Sexe féminin	148	17
Sexe masculin	155	2
Total	613	35

<sup>3</sup> Au prétest, le Test T sur la différence des moyennes d'âges des enfants des groupes intervention (6,68 ans avec ÉT=0,51) et témoin (6,75 ans, ÉT=0,56) montre que les moyennes d'âge des deux groupes ne diffèrent pas significativement ( $t(598)=1,52$ ;  $p=0,130$ ). Les analyses comparant la distribution des garçons et des filles montrent que le groupe intervention comporte 54,7% de garçons alors que le groupe témoin en comporte 51,2%. Le test de Khi-deux révèle que cette différence n'est pas statistiquement significative (Khi-deux (1)=0,768,  $p=0,381$ ).

La majorité des enseignants détient 8 ans ou plus d'expérience d'enseignement (n=29) et travaille dans la même école depuis au moins 3 ans (n=28). Les caractéristiques des enseignants s'avèrent équivalentes chez les groupes intervention et témoin. Les enseignants du groupe intervention animent le programme *Les amis de Zippy* dans leur classe et ont participé à une formation d'un jour sur l'utilisation du programme avant de l'animer et d'une demi-journée de suivi pendant la mise en œuvre.

## 2.2.2 Procédure et instruments

### 2.2.2.1 Recrutement

Le recrutement des enseignants participants se fait sur une base volontaire auprès de classes régulières de la région de la Montérégie, de Québec et de l'Outaouais. Cet échantillonnage non-probabiliste et volontaire offre l'avantage d'être le plus près possible de la population cible et du contexte d'implantation réel du programme *Les amis de Zippy* au Québec. Le programme n'est pas obligatoire et est animé seulement par les enseignants de première et deuxième années qui le souhaitent. L'échantillon est constitué de façon identique au déroulement du programme en dehors d'une recherche. Les écoles et/ ou les enseignants contactent d'eux-mêmes les promoteurs afin d'être formés et d'implanter Zippy dans leur milieu. Il n'y a donc eu aucune sollicitation pour le groupe intervention. Pour faciliter la participation à la recherche, le groupe témoin a lui aussi été constitué sur base volontaire par bouche à oreille : des enseignants réfèrent des collègues susceptibles d'être intéressés à participer à la recherche comme classe témoin.

Le recrutement des classes participantes s'est déroulé à l'automne 2006 lors de la formation des animateurs au programme. À cette occasion, les formateurs transmettent le formulaire de recrutement aux enseignants intéressés à joindre le groupe intervention. Pour constituer le groupe témoin, la méthode d'échantillonnage boule-de-neige (Patton, 2002) est mise à profit: en formation, les enseignants sont

invités à transmettre des formulaires de recrutement à des enseignants d'autres écoles qui pourraient possiblement être intéressés à faire partie du groupe témoin. Également, le recrutement des classes témoins se fait lorsque les enseignants montrent un intérêt auprès de la coordonnatrice du programme pour animer Zippy mais seulement pour l'année scolaire 2007-08. La coordonnatrice leur propose alors de participer à la recherche à titre de classe témoin. Afin d'éviter un effet de contamination, les enseignants des classes témoins doivent se trouver dans une école où le programme *Les amis de Zippy* n'est pas dispensé. Les enseignants intéressés à participer à l'étude doivent par la suite signer un formulaire de consentement et le retourner à la coordonnatrice de la recherche pour participer à l'étude. Les formulaires de consentement approuvés par le comité éthique de l'UQAM précisent les objectifs de la recherche, la nature de l'implication qui est demandé aux participants, le fait qu'aucun risque n'est connu ou anticipé liée à cette participation, le caractère confidentiel et anonyme des données recueillies et le fait qu'ils peuvent se retirer en tout temps, sur un simple avis verbal, sans préjudice et sans devoir justifier leur décision.

Les élèves sont pour leur part sollicités par le biais de documents à l'intention des parents envoyés à la maison par les enseignants participants à la recherche (lettre de présentation de la recherche et formulaire de consentement). Une fois le formulaire signé par l'un des parents précisant s'il autorise son enfant à répondre à des questionnaires, celui-ci était retourné à l'enseignant afin qu'il puisse le transmettre à la coordonnatrice de la recherche lors de la première collecte. Le formulaire de consentement à l'intention des parents mentionnait deux éléments particuliers soit le fait que même si le parent accepte que son enfant participe à la recherche, l'enfant peut refuser de participer et se retirer de l'étude en tout temps sans justification et pénalité, ainsi que la condition de bris de confidentialité possible liée à la Loi de protection de la jeunesse. Cette dernière stipule que le chercheur est tenu de déclarer

au Directeur de la protection de la jeunesse toute information lui permettant de croire que la sécurité ou le développement d'un enfant est compromis.

#### 2.2.2.2 Instruments

Le *Profil socio-affectif* (PSA) mesure les compétences sociales et les difficultés d'adaptation des enfants âgés entre 2 ½ et 6 ans (Dumas, LaFrenière, Capuano et Durning, 1997). Le PSA comporte 80 énoncés divisés en huit échelles de base et quatre échelles globales. Les échelles de base sont définies à l'aide d'un pôle positif et d'un pôle négatif. Les échelles Déprimé-Joyeux, Anxieux-Confiant et Irritable-Tolérant décrivent comment l'enfant exprime ses émotions. Les échelles Isolé-Intégré, Agressif-Contrôlé et Égoïste-Prososocial réfèrent aux interactions de l'enfant avec ses camarades. Les deux dernières échelles de base, Résistant-coopératif et Dépendant-Autonome, décrivent les relations de l'enfant avec l'enseignant. L'échelle globale Compétence sociale regroupe les énoncés des huit pôles positifs du PSA. L'échelle des Problèmes intériorisés regroupe quant à elle les énoncés de quatre pôles négatifs (Déprimé, Anxieux, Isolé et Dépendant), tandis que l'échelle globale des problèmes extériorisés regroupe les énoncés des quatre autres pôles négatifs (Irritable, Agressif, Égoïste et Résistant). Enfin, la dernière échelle globale de l'Adaptation générale porte sur les 80 énoncés du PSA.

L'enseignant qui complète l'instrument doit répondre aux énoncés en précisant sur une échelle de Likert allant de 1 à 6 si l'enfant présente le comportement décrit. Un énoncé qui correspond au pôle négatif est formulé comme suit : « facilement contrarié, frustré » (énoncé 7) tandis qu'un énoncé qui correspond au pôle positif est formulé comme suit : « Enthousiaste à montrer les chansons, les jeux ou autres comportement appris » (énoncé 1). L'enseignant doit coter la fréquence du comportement observé selon le continuum allant de jamais (1) à toujours (6). La durée de complétion est d'environ 10 minutes/élève. Les qualités psychométriques



sont satisfaisantes. Selon les auteurs, les alphas de cohérence interne des échelles varient de 0,79 à 0,92 et la fidélité inter-juges varie entre des corrélations de 0,70 à 0,91. Les corrélations vont de 0,70 à 0,87 pour la fidélité test-retest (intervalle de 2 à 5 semaines) et de 0,59 à 0,76 pour la stabilité temporelle (6 mois). Des analyses de structures factorielles ont confirmé la validité de construit; la validité convergente et discriminante a également été démontrée. Des normes québécoises sont disponibles dans le guide du PSA (Dumas et al., 1997). L'outil dispose de seuils cliniques qui permettent entre autres d'identifier les enfants qui présentent des difficultés d'adaptation importantes (score bas). L'outil permet également d'identifier les enfants qui font preuve d'une adaptation généralement favorable et positive (score élevé). La validité du PSA pour les enfants de plus de 6 ans et demi est inconnue.

*Le Social Support Scale for Children* (Harter, 1985) mesure la perception qu'ont les enfants du soutien social disponible de leur entourage. Ce questionnaire de 24 items mesure le soutien perçu de quatre sources: les parents, les enseignants, les camarades de classe et les amis proches. Les items évaluent à quel point l'enfant perçoit que les autres se soucient de ses sentiments, le comprennent, écoutent ses problèmes et le considèrent comme une personne importante. L'instrument comprend une échelle allant de 1 à 4 où 4 représente le plus haut niveau de soutien perçu. Le questionnaire est construit dans un format de réponses à deux choix afin de diminuer la tendance des enfants à donner une réponse socialement désirable. On lui demande d'abord de choisir, parmi deux énoncés, celui qui lui ressemble le plus et dans un deuxième temps, on lui demande de nuancer sa réponse. Les propriétés psychométriques du *Social Support Scale for Children* (SSSC) montrent que la validité de l'outil ainsi que sa cohérence interne (alpha entre 0,72 et 0,88 selon les sous-échelles) pour des populations d'enfants d'écoles primaires et secondaires sont satisfaisantes (Harter, 1985). La durée de passation est d'environ 15 minutes. La version française québécoise a déjà été utilisée auprès d'enfants âgés de 7 à 13 ans et une analyse factorielle pour vérifier la validité de l'instrument confirme les échelles originales

(Croteau, Parent et Hébert, 1999). Pour en faciliter la passation auprès d'enfants de 6 ans, la forme de l'outil a été bonifiée par des personnages colorés à chacune des questions (*voir* Appendice C). Pour chacune des questions, l'enfant doit choisir parmi les deux situations présentées par les personnages colorés, celle qui représente le mieux ce qu'il pense puis, dans un deuxième temps, indiquer si cette situation représente un peu ce qu'il pense ou beaucoup. Les réponses de l'enfant sont notées par l'intervieweur.

#### 2.2.2.3 Collecte de données

Les données quantitatives sont recueillies au même moment chez les groupes intervention et témoin avant le début du programme (après le mois de novembre pour le prétest) ainsi qu'une fois le programme complété (après le mois de mai pour le post-test). Les enseignants complètent le *Profil socio-affectif* (Dumas et al., 1997) pour chaque élève de leur classe avant le début du programme (prétest) et à la fin (post-test). Les enseignants sont libres de remplir les questionnaires à l'école ou à la maison. Une compensation financière de 8 \$ est remise à l'enseignant pour chaque formulaire complété.

Des 613 élèves de l'étude, 310 élèves (190 élèves chez le groupe intervention et 121 élèves chez le groupe témoin) ont obtenu l'autorisation parentale de compléter le *Social Support Scale for Children* (Harter, 1985). Il est important de noter que plusieurs formulaires de consentement n'ont pas été retournés à l'enseignante, ne permettant pas à certains élèves de participer aux entrevues individuelles. La passation de l'outil se déroule dans des locaux de l'école par des intervieweurs préalablement formés. Les intervieweurs doivent être inscrits au baccalauréat en psychologie ou détenir une formation dans le domaine de l'éducation. Le temps de passation de l'outil est d'environ 15 minutes. Avant d'entreprendre l'entrevue avec l'enfant, l'intervieweur demande son consentement verbal.

### 2.2.3 Plan d'analyse des données

Une fois les données recueillies, celles-ci sont encodées puis entrées sur une base Excel. Les données quantitatives sont analysées à l'aide du logiciel SPSS. Dans un premier temps, des analyses descriptives sont menées. Pour s'assurer que les postulats de base sont respectés, les analyses sont validées par un statisticien du service de consultation de l'Université de Montréal. Pour vérifier les hypothèses de recherche, des ANOVA à mesures répétées sont effectués pour comparer les scores du prétest avec ceux du post-test dans les groupes intervention et témoin. Ainsi, une ANOVA à deux facteurs inter-sujet (groupe et sexe) est effectuée sur la mesure d'évolution définie par la différence entre la mesure post moins la mesure pré sur l'ensemble des échelles du SSSC, sur les 8 échelles de base ainsi que l'échelle globale de compétence sociale du PSA. Lorsque l'on identifie une interaction entre les facteurs, nous fixons l'un des facteurs pour étudier l'effet de l'autre facteur. Par exemple, en cas d'interaction groupe x sexe, on compare les deux groupes séparément pour les garçons et les filles afin d'étudier l'effet groupe. Par conséquent, un effet groupe s'interprète comme une différence d'évolution entre les deux groupes. En outre, puisque le PSA dispose de seuils cliniques, pour comparer l'évolution du soutien social perçu nous vérifions également si les enfants ayant des difficultés socio-affectives au prétest (niveau basé sur les scores globaux du PSA) se distinguent au post-test selon leur appartenance aux groupes intervention et témoin.

Pour répondre à la question exploratoire, des corrélations de Pearson sont réalisées sur l'ensemble des scores d'évolution (post-pré) aux deux instruments (PSA et SSSC). Ce score d'évolution pour chaque instrument s'obtient en soustrayant le résultat au post-test à celui obtenu au prétest et ce, pour chacun des enfants. La démarche exploratoire se fait en trois temps, les corrélations sont d'abord effectuées pour l'ensemble des scores, ensuite par groupe et ensuite par sexe. Enfin, pour vérifier si

les corrélations diffèrent selon le groupe, un test de différence de corrélations est effectué sur les corrélations significatives.

## 2.3 Volet qualitatif

### 2.3.1 Participants

Parmi les élèves participants au volet quantitatif de l'étude, un sous-échantillon de 39 élèves de première année issus des classes intervention et témoin participent à une entrevue individuelle qualitative à la fin du programme : 20 élèves du groupe intervention (11 filles et 9 garçons issus de 4 classes) et 19 élèves du groupe témoin (12 filles et 7 garçons issus de 6 classes). Leur moyenne d'âge est de 6,6 ans ( $ÉT=0,46$ ). Il n'existe pas de règles précises relatives à la taille de l'échantillonnage en recherche qualitative (Patton, 2002), mais plusieurs auteurs considèrent qu'un échantillon d'une trentaine de personnes est suffisant pour atteindre des catégories de réponses qui saturent et dresser un portrait juste et complet de la situation étudiée (Deslauriers, 1991; Miles et Huberman, 1994). Par ailleurs, afin de diminuer l'impact des différences de genre, l'échantillonnage pour l'entrevue qualitative comprend une proportion relativement semblable de filles et de garçons à l'intérieur des deux groupes.

### 2.3.2 Procédure et protocole d'entrevue

#### 2.3.2.1 Recrutement

Le recrutement se fait dans 10 classes près de Montréal afin de faciliter la collecte et de réduire les coûts de déplacement. Au mois de mai, les 10 enseignants reçoivent une lettre et les formulaires de consentement par voie postale à remettre aux 91 parents qui ont préalablement donné leur accord afin que leur enfant puisse participer au volet quantitatif de l'étude. Les enseignants disposent d'une semaine pour

retourner les consentements signés des parents à la doctorante dans une enveloppe-réponse. Les élèves convoqués en entrevue sont ensuite choisis au hasard en prenant soin d'équilibrer le nombre de filles et de garçons. L'échantillon initial prévu était de 32 élèves. Par mesure de précaution, un plus grand nombre d'enfants fut convoqué pour assurer l'obtention d'un échantillon suffisant; la collecte ayant lieu en fin d'année scolaire, cela aurait rendu difficile une collecte ultérieure.

#### 2.3.2.2 Protocole d'entrevue

Les entrevues se déroulent à l'école durant les heures de classe. L'endroit doit être tranquille et permettre un échange avec l'élève sans que personne ne puisse entendre la conversation. Les entrevues qualitatives se déroulent le même jour que la collecte post-test du volet quantitatif de l'étude. Lors de la rencontre avec le participant, l'intervieweur se présente, explique dans un langage simple le but de l'entretien, la nature volontaire et confidentielle ainsi que le droit de l'enfant de se retirer en tout temps sans pénalité. Seuls les enfants ayant accordé leur consentement verbal avant l'entrevue peuvent faire partie de l'échantillon. La durée de l'entrevue, enregistrée, est d'approximativement 20 minutes. Pour établir un lien de confiance avec l'enfant, une question d'amorce (brise-glace) est posée à l'enfant. Cette question permet à l'enfant de parler de lui et le prédispose à adopter une position plus encline à l'ouverture pendant l'entrevue. La préparation et la conception du protocole d'entrevue avec de jeunes enfants nécessitent de suivre plusieurs principes d'une conversation de qualité (Delfos, 2007). Ainsi, parmi les principes énoncés, l'intervieweur doit faire en sorte que l'enfant se sente bien à l'aise de répondre aux questions, l'atmosphère doit être agréable et l'adulte peut user de son sens de l'humour. Un bon entretien avec l'enfant nécessite un intervieweur chaleureux, empathique, respectueux et intéressé par les propos de l'enfant (Delfos, 2007). Cet aspect est non négligeable, car il permet d'accroître la qualité des propos qui seront recueillis.

Le canevas d'entrevue présente des questions semi-ouvertes concernant le réseau de soutien social, la reconnaissance des émotions, le soutien souhaité et offert (*voir* Appendice D). Le choix des questions est guidé par une approche centrée sur la théorie du programme. L'entrevue structurée porte sur le discours et les comportements des enfants en lien avec les dimensions du soutien social mis de l'avant par le programme *Les amis de Zippy*. Cette méthode semble tout indiquée lorsque l'on souhaite recueillir le point de vue des enfants (Hill, Laybourn et Borland, 1996). En outre, pour rendre l'entrevue plus ludique et adaptée à de jeunes élèves, des cartes représentant un personnage exprimant des émotions servent de soutien visuel (*voir* Appendice E). Enfin, pour s'assurer que le protocole d'entrevue s'avère bien compris par des enfants de cet âge, celui-ci est préalablement pré testé auprès de deux enfants de 6 ans (une fille et un garçon). Ce prétest permet de confirmer le temps de passation de l'entrevue, la compréhension par les enfants du contenu des questions et de recueillir leur appréciation. Les résultats de ce prétest confirment que le protocole d'entrevue ne nécessite pas d'ajustement.

### 2.3.3 Plan d'analyse des données qualitatives

La méthode d'analyse de contenu retenue s'inspire de Taylor-Powell et Renner (2007). Elle offre l'avantage d'être à la fois simple, complète et adaptée aux questions qui guident cette recherche. Outre une connaissance d'ensemble des données recueillies, l'analyse de contenu se déroule selon quatre étapes essentielles; 1) l'organisation de l'analyse en fonction des questions du protocole d'entrevue et des caractéristiques des participants (appartenance au groupe intervention ou témoin); 2) la catégorisation de l'information en fonction des catégories émergentes; 3) l'identification de phénomènes récurrents et de relations à l'intérieur et entre les catégories d'information, et 4) l'interprétation, par la mise en commun non seulement des données qualitatives, mais également des résultats des analyses quantitatives.

Une fois les entrevues complétées, elles sont retranscrites intégralement puis traitées à l'aide du logiciel d'analyse qualitative QSR NVivo 8. Chaque entrevue (participant) reçoit un numéro d'identification afin d'assurer la confidentialité et l'anonymat des participants. Les entrevues sont ensuite codées en fonction de l'appartenance aux groupes (intervention ou témoin), selon le sexe, l'enseignant de l'élève concerné et l'école qu'il fréquente. Les discours recueillis, ainsi codés, sont finalement classés par questions d'entrevue. Ce sont ces questions qui servent de première catégorisation.

#### 2.3.3.1 Les catégories émergentes

La construction des catégories émergentes s'élabore à l'issue de plusieurs lectures qui permettent de repérer des similarités ou au contraire des différenciations et de réaliser une première classification. Chaque groupe d'énoncés (ou chaque unité de classification) est ensuite codifié : « un nom plus général qui paraît en constituer le dénominateur commun » (L'Écuyer, 1990, p. 67) lui est attribué. Ensuite, nous avons constaté que cette première classification correspondait aux différentes formes de soutien social communément identifiées chez les adultes. C'est pourquoi, pour les différentes formes de soutien social, la deuxième étape de classification s'appuie non pas sur des catégories émergentes mais sur les définitions proposées par Hamel (2001) : soutien émotionnel, d'accompagnement, instrumental, informatif. À titre d'exemple, l'énoncé qui suit est classé dans la catégorie « soutien d'accompagnement » : « ... parce que si moi j'ai pas d'ami, je peux pas jouer » (E583).

#### 2.3.3.2 L'identification de phénomènes récurrents

Pour identifier des récurrences, les énoncés sont d'abord examinés pour chaque question. À cette étape, il s'agit de dégager des résultats qui s'appliquent à l'ensemble

des participants indépendamment des appartenances aux groupes intervention ou témoin. C'est seulement dans le deuxième temps que l'analyste cherche en quoi le discours des participants du groupe intervention se distingue de celui du groupe témoin, que ce soit en terme de fréquence des thématiques abordées par les enfants ou plus profondément, en termes de manières de discuter ces thématiques. La richesse du discours, la teneur de l'explication, les détails fournis par les enfants sont autant de marques qui servent de critères de distinction.

#### 2.3.3.3 L'interprétation

Les résultats de l'analyse qualitative sont croisés avec certains résultats de l'analyse quantitative au moment de les interpréter. Les hypothèses et questions de recherche liées aux objectifs du programme *Les amis de Zippy* servent d'assise à l'interprétation. L'analyse des données qualitatives permet plus précisément d'enrichir les connaissances relatives aux attitudes et comportements de soutien social chez les enfants. Elle offre une compréhension et une signification plus fines des résultats quantitatifs. Par ailleurs, l'interprétation des données qualitatives consiste à « déceler la présence de relations entre des informations se rapportant à des éléments différents » (Turcotte, F-Dufour et Saint-Jacques, 2009, p. 207).



## CHAPITRE III

### RÉSULTATS QUANTITATIFS

Ce chapitre présente les résultats quantitatifs; il rapporte d'abord les effets du programme sur le soutien social perçu puis sur les compétences sociales des enfants. Les hypothèses visent à vérifier la présence d'interactions significatives entre l'appartenance aux groupes (intervention ou témoin) et le temps (pré et post intervention) ou entre l'appartenance aux groupes, le temps et le sexe. Les autres différences non pertinentes à l'évaluation du programme ne sont pas rapportées (ex. : le fait que les filles soient significativement plus compétentes socialement que les garçons, quel que soit leur groupe ou le temps de mesure). Il est à noter que pour l'ensemble des analyses, les données respectent suffisamment les postulats de base pour en assurer la validité. Aucun problème d'homogénéité de variance, de déviance par rapport à la normalité ni d'influence de données extrêmes n'est observé pour l'ensemble des analyses. La dernière section porte sur l'exploration des liens entre l'évolution des scores des groupes intervention et témoin au soutien social perçu (SSSC) et à l'adaptation socio-affective (PSA). Par exemple, elle permet de répondre à la question suivante: est-ce que les enfants qui perçoivent plus de soutien social à la fin de l'année s'améliorent également sur les échelles mesurant l'adaptation socio-affective (comprenant les compétences sociales et l'adaptation) des enfants ?

**Tableau 3.1:** Résultats d'évolution du soutien social perçu par les enfants

	Moyenne (ÉT)		Moyenne d'évolution (ÉT)	dl	F	P	$\eta^2$ partiel
	Pré	Post					
Soutien des enseignants							
Groupe intervention	3,27(0,53)	3,47(0,49)	0,20(0,60)				
				1,240	7,43	0,007	0,03
Groupe témoin	3,48(0,47)	3,46(0,44)	-0,01(0,56)				
Filles	3,37(0,55)	3,52(0,41)	0,16(0,58)			n.s.	
Garçons	3,32(0,49)	3,40(0,52)	0,08(0,60)				
Soutien des camarades de classe							
Groupe intervention	3,35(0,49)	3,31(0,50)	-0,04(0,54)				
				1,240	5,06	0,025	0,02
Groupe témoin	3,23(0,59)	3,36(0,63)	0,13(0,58)				
Filles	3,32(0,52)	3,36(0,55)	0,04(0,56)			n.s.	
Garçons	3,30(0,55)	3,29(0,57)	-0,00(0,56)				

Notes : Pour le soutien perçu des enseignants, il n'y a pas d'interaction groupe X sexe,  $F(1,240)=0,046$ ,  $p=0,831$ . Pour le soutien perçu des camarades de classe, il n'y a pas d'interaction groupe X sexe,  $F(1,240)=0,237$ ,  $p=0,627$ .

### 3.1 Effets du programme sur le soutien social perçu des enfants

Telle que présentée au tableau 3.1, la perception qu'ont les enfants du soutien offert par leurs enseignants évolue différemment selon les groupes ( $F=7,43$ ,  $p=0,007$ ,  $dl=1,240$  ;  $\eta^2$  partiel=0,03). Le soutien perçu des enfants du groupe intervention augmente significativement ( $p \leq 0,0001$ ) alors que celui du groupe témoin reste

stable. Les groupes évoluent aussi différemment quant au soutien perçu des camarades de classe ( $F=5,06$ ,  $p=0,025$ ,  $dl=1,240$  ;  $\eta^2$  partiel=0,02). Cependant, à l'inverse du résultat précédent, les enfants du groupe témoin perçoivent plus de soutien social de leurs camarades de classe à la fin de l'année ( $p=0,03$ ) tandis que ceux du groupe intervention ne changent pas. Concernant le soutien social perçu des parents, il n'y a pas des différences entre les deux groupes (*voir* Appendice F). Toutefois, comme le montre le tableau 3.2, lorsque l'on tient compte de leurs difficultés socio-affectives (niveau basé sur les scores globaux au PSA), les enfants des groupes intervention et témoin évoluent différemment ( $F=4,78$ ,  $p=0,030$ ,  $dl=1,236$ ;  $\eta^2$  partiel=0,02). Il n'y a pas de changement pour les enfants qui n'éprouvent pas de difficultés particulières. Par contre, parmi les 38 enfants ayant des problèmes socio-affectifs<sup>4</sup>, ceux-ci évoluent différemment selon leur participation ou non au programme ( $F=4,34$ ,  $p=0,044$ ;  $dl=1,36$ ;  $\eta^2$  partiel=0,108). Chez ces enfants, le soutien perçu des parents par le groupe témoin diminue entre le début et la fin de l'année scolaire ( $t=2,75$ ,  $p=0,020$ ;  $dl=10$ ) alors que celui du groupe intervention demeure stable. Enfin, il n'y a aucun changement quant au soutien perçu des amis proches ni dans le score global de soutien (*voir* Appendice F). Il n'y a aucune différence selon le sexe des enfants sur l'ensemble des scores.

**Tableau 3.2 :** Description du soutien social perçu des parents  
selon leur niveau au PSA

	Niveau au PSA	n	Moyenne Pré (ÉT)	Moyenne Post (ÉT)
Groupe intervention	Élevé	127	3,48 (0,41)	3,55 (0,41)
	Bas	27	3,41 (0,48)	3,41 (0,49)
Groupe témoin	Élevé	79	3,49 (0,49)	3,52 (0,48)
	Bas	11	3,70 (0,38)	3,24 (0,73)

<sup>4</sup> Basé sur les scores globaux au Profil socio-affectif. Selon les normes, ces enfants présentent des problèmes sur au moins un des trois scores globaux (échelles d'internalisation, d'externalisation ou de compétences sociales), c'est-à-dire au-dessous du seuil « pathologique ».

### 3.2 Effets du programme sur les compétences sociales

On observe des effets sur deux dimensions des compétences sociales des enfants (*voir* tableau 3.3). Les moyennes des deux groupes au prétest sont équivalentes (*voir* Appendice G) mais ceux-ci évoluent différemment au regard des interactions sociales avec les adultes; par exemple, pour la coopération, qui désigne des comportements tels qu'aider un enseignant, accepter les compromis ou dans l'accomplissement de tâches régulières ( $F=13,30$ ,  $p \leq 0,0001$ ,  $dl=1,559$  ;  $\eta^2$  partiel = 0,023). Les enfants du groupe intervention sont plus coopératifs à la fin du programme ( $t= -2,91$ ,  $p = 0,004$  (bilatéral),  $dl=1,281$ ), alors que ceux du groupe témoin le sont moins ( $t= 2,052$ ,  $p = 0,041$  (bilatéral),  $dl=1,281$ ). Quel que soit leur groupe ou le temps, les filles s'avèrent plus coopératives que les garçons ( $F=56,55$ ,  $p \leq 0,0001$ ,  $dl=1,559$ ).

Les groupes évoluent également différemment au regard de l'autonomie des enfants ( $F=9,37$ ,  $p=0,002$ ,  $dl=1,558$ ;  $\eta^2$  partiel=0,017), qui est mesurée par des comportements spécifiques ; par exemple, faire preuve d'initiative dans les situations avec de nouvelles personnes ou dans la persévérance à résoudre soi-même les problèmes. Les enfants du groupe intervention sont plus autonomes après la participation au programme ( $t= -5,308$ ,  $p=0,0001$ (bilatéral),  $dl=281$ ) alors que ceux du groupe témoin ne changent pas. Ainsi, bien que les deux groupes soient équivalents au départ, le groupe intervention montre un degré d'autonomie plus élevé que le témoin après le programme ( $t=2,51$ ,  $p=0,012$  (bilatéral),  $dl=1,569$ ). Quel que soit leur groupe ou le temps, les filles sont plus autonomes que les garçons ( $F=9,45$ ,  $p=0,002$ ,  $dl= 1,558$ ).

Outre ces changements, aucun effet ne s'observe sur les autres échelles : déprimé-joyeux, anxieux-confiant, irritable-tolérant, isolé-intégré, agressif-contrôlé, égoïste-pro social ainsi que sur l'échelle globale de compétence sociale (*voir* Appendice F).

**Tableau 3.3:** Résultats d'évolution du fonctionnement socio-affectif des enfants\*

	Moyenne (ÉT)		Moyenne	dl	F	P	$\eta^2$
	Pré	Post	d'évolution (ÉT)				partiel
Résistant-coopératif							
Groupe intervention	39,85(7,32)	40,72(7,34)	0,87(4,77)				
Groupe témoin	41,01(7,59)	40,44(8,12)	-0,57(4,70)	1,559	13,30	0,0001	0,023
Filles	42,65(6,36)	43,00(6,47)	0,35 (4,49)			n.s	
Garçons	38,46(7,83)	38,42(8,13)	-0,03(5,04)				
Dépendant-autonome							
Groupe intervention	35,15(7,93)	36,74(7,18)	1,58 (4,33)				
Groupe témoin	34,79(7,60)	35,15(7,90)	0,36 (4,33)	1,558	9,37	0,002	0,017
Filles	35,95(7,72)	36,94(7,44)	0,99 (4,88)			n.s	
Garçons	34,12(7,72)	35,07(7,62)	0,95(4,50)				

\* Plus le score est élevé, meilleur est le fonctionnement socio-affectif.

Note : Pour l'échelle Résistant-coopératif, il n'y a pas d'interaction groupe X sexe,  $F(1,559)=0,000$ ,  $P=0,987$ . Pour l'échelle Dépendant-autonome, il n'y a pas d'interaction groupe X sexe,  $F(1,558)=0,897$ ,  $P=0,344$ .

### 3.3 Exploration des liens entre les variables

Les résultats suivants ont pour but de mieux comprendre les changements associés à la participation au programme. Afin d'acquérir une meilleure compréhension des mécanismes d'action du programme, des analyses exploratoires des liens entre l'évolution du soutien social perçu et l'adaptation socio-affective des enfants ont été

menées. La participation au programme modifie-t-elle la force des liens entre l'évolution du soutien social perçu et l'adaptation socio-affective des enfants ?

### 3.3.1 Résultats selon les groupes

Premier constat, la variabilité de l'évolution des scores sur plusieurs échelles de soutien social perçu s'explique faiblement par l'évolution des scores au PSA, et ce, tant pour le groupe intervention que témoin (*voir* matrice 1, Appendice H). Pour le groupe intervention, on retrouve plus de corrélations significatives, mais celles-ci expliquent faiblement la variabilité de l'évolution de ces scores, elles oscillent entre  $r=0,16$  et  $r=0,23$ . La corrélation significative la plus forte pour le groupe intervention concerne le soutien social perçu des camarades de classe, positivement lié à la coopération ( $r=0,23$ ,  $p < 0,01$ ). Ainsi, plus les enfants perçoivent de soutien social de leurs camarades de classe à la fin de l'année (comparativement au début d'année), plus ils s'améliorent aussi sur le plan de la coopération.

Pour le groupe témoin, les corrélations significatives sont moins nombreuses (5 corrélations chez le groupe témoin c. 11 chez le groupe intervention), mais s'avèrent supérieures à celles du groupe intervention : elles oscillent entre  $r=0,24$  et  $r=0,30$ . Le lien significatif le plus fort concerne le soutien social perçu de la part de l'enseignant et l'amélioration des capacités de contrôle chez les enfants ( $r=0,30$ ,  $p < 0,01$ ). À titre illustratif, cela signifie que plus les enfants perçoivent qu'ils sont importants pour leur enseignante, plus leurs rapports avec les camarades de classes s'améliorent lors de situations de conflit.

En somme, l'évolution du soutien social perçu est faiblement corrélée avec celle de l'adaptation socio-affective des enfants, et ce, dans les deux groupes. Les liens entre l'évolution des scores au PSA expliquent au plus 9 % de la variance de l'évolution des

scores au SSSC. La faiblesse des corrélations pour l'ensemble des groupes amène à vérifier si la force des liens pour chacun des groupes diffère en fonction du sexe des enfants.

### 3.3.2 Résultats selon les groupes en fonction du sexe

Les analyses révèlent que les corrélations entre l'évolution des scores aux PSA et SSSC se distinguent davantage lorsque l'on tient compte du sexe des enfants. Chez les filles, il n'y a pas de corrélations significatives entre l'évolution des scores au SSSC et au PSA ni pour le groupe intervention, ni pour le groupe témoin (*voir* matrice 2, Appendice D). Pour les filles, l'amélioration du soutien social perçu n'est aucunement liée à l'amélioration de l'adaptation socio-affective. À contrario, la matrice 3 (*voir* Appendice D) montre que pour les garçons, les relations entre l'évolution des scores aux deux instruments de mesure sont significatives et fortes. Les corrélations plus marquées chez les garçons du groupe témoin par rapport à ceux du groupe intervention suggèrent que le programme les influence différemment.

Le tableau 3.4 présente les corrélations significatives entre l'évolution des scores aux deux instruments. Les échelles de mesure de l'adaptation socio-affective (PSA) se trouvent au haut du tableau et celles du soutien social perçu de différentes sources (SSSC) se trouvent dans la marge gauche du tableau. Pour vérifier si les corrélations significatives entre l'évolution des scores au SSSC et au PSA chez les garçons diffèrent d'un groupe à l'autre, des tests de différences significatives de corrélations sont effectués. Ainsi, pour chaque paire de variables, on a vérifié s'il y avait égalité des pentes à l'aide de l'ajout d'un terme d'interaction à l'aide d'un modèle de régression. Le résultat des tests de signification des différences de corrélations entre les garçons des deux groupes se trouve entre crochets au tableau 3.4. À titre illustratif, si nous prenons le premier résultat du tableau (dans le coin gauche) entre l'évolution

du soutien social perçu des parents et l'évolution des scores sur l'échelle déprimé-joyeux, les résultats montrent que plus les garçons du groupe intervention perçoivent du soutien social de la part de leur parent à la fin du programme, plus ils sont joyeux ( $r=0,24$ ,  $p<0,01$ ), alors que la corrélation du groupe témoin ( $r=0,20$ ) est non significative puisqu'elle n'a pas d'astérisque (\*). Selon le test de différence significative entre les crochets (0,039 donc  $p<0,05$ ), la relation présente pour le groupe intervention diffère significativement de celle du groupe témoin. Par souci de concision, seules les corrélations élevées et significativement différentes seront discutées dans la section qui suit. En observant la matrice 3 (voir Appendice H), on remarque que les relations entre l'évolution des scores au soutien social perçu et à l'adaptation socio-affective des garçons sont plus marquées que pour l'ensemble des enfants (voir matrice 1, Appendice H). Les garçons du groupe intervention présentent des corrélations se situant entre  $r=0,24$  et  $0,30$ ,  $p<0,05$  alors que les corrélations chez les garçons du groupe témoin s'avèrent pour leur part beaucoup plus fortes et significatives, plusieurs variant entre  $r=0,40$  et  $0,51$  ( $p<0,01$ ). Voyons maintenant plus en détail les relations les plus prégnantes.

### 3.3.2.1 Corrélations chez les garçons du groupe intervention

Les corrélations les plus fortes et significatives chez les garçons du groupe intervention ont surtout trait au soutien social perçu des camarades de classe et au soutien global. Le soutien global perçu est positivement lié à l'évolution des capacités de contrôle ( $r=0,28$ ,  $p<0,05$ ), de coopération ( $r=0,28$ ,  $p<0,05$ ) et à moins de problèmes extériorisés ( $r=0,30$ ,  $p<0,05$ ). Ainsi, plus les garçons ayant participé au programme perçoivent de soutien de leur entourage à la fin du programme, plus ils interagissent positivement lors de conflits avec leurs camarades de classe (capacité de contrôle), plus ils sont coopératifs avec les adultes et moins ils présentent de difficultés de comportement (problèmes extériorisés). L'amélioration du soutien



social perçu des camarades de classe s'avère quant à elle positivement liée à une meilleure coopération ( $r=0,29$ ,  $p<0,05$ ) et adaptation générale ( $r=0,24$ ,  $p<0,05$ ). Cependant, les améliorations du soutien social perçu des garçons du groupe intervention expliquent au plus 9 % de leur amélioration à l'échelle de l'adaptation socio-affective.

**Tableau 3.4:** Résultats au test de différence significative de corrélations entre l'évolution des scores du soutien social perçu (SSSC) et celui au profil socio-affectif (PSA) chez les garçons des groupes témoin (T) et intervention (I)

Échelles du PSA												
		Déprimé- Joyeux	Anxieux- Confiant	Irritable- Tolérant	Isolé- Intégré	Agressif- Contrôlé	Résistant- Coopératif	Dépendant- Autonome	Compétence sociale	Moins de problèmes intériorisés	Moins de problèmes extériorisés	Adaptation Générale
Échelles au SSSC	Intervention	0,24*	n.s	0,6	n.s	0,14	n.s	n.s	-0,06	n.s	n.s	0,08
	Test de diff. significative	[0,039]	-	[0,019]	-	[0,004]	-	-	[0,019]	-	-	[0,078]
	Témoin	0,20	n.s	0,40*	n.s	0,46**	n.s	n.s	0,44**	n.s	n.s	0,33*
Soutien camarades de classe	Intervention	n.s	0,08	n.s	0,05	n.s	0,29*	0,25*	0,24*	0,10	n.s	0,24*
	Test de diff. significative	-	[0,023]	-	-	-	[0,018]	[0,085]	[0,066]	[0,005]	-	[0,016]
	Témoin	n.s	-0,40*	n.s	-0,40*	n.s	-0,23	-0,07	-0,18	-0,45**	n.s	-0,31
Soutien enseignant	Intervention	n.s	n.s	0,10	n.s	0,20	0,20	n.s	n.s	n.s	0,26*	n.s
	Test de diff. Significative	-	-	[0,006]	-	[≤0,001]	[0,018]	-	-	-	[≤0,001]	-
	Témoin	n.s	n.s	0,44**	n.s	0,51**	0,33*	n.s	n.s	n.s	0,47**	n.s

# Échelles du PSA

	Déprimé- Joyeux	Anxieux- Confiant	Irritable- Tolérant	Isolé- Intégré	Agressif- Contrôlé	Résistant- Coopératif	Dépendant- Autonome	Compétence sociale	Moins de problèmes intérieurisés	Moins de problèmes extériorisés	Adaptation Générale
Intervention	n.s	0,05	n.s	n.s	n.s	0,18	n.s	n.s	0,17	0,27	n.s
Test de diff. significative	-	[0,026]	-	-	-	[0,021]	-	-	[0,010]	[0,001]	-
Témoin	n.s	-0,40*	n.s	n.s	n.s	-0,33*	n.s	n.s	-0,36*	-0,37*	n.s
Intervention	n.s	0,03	n.s	n.s	0,28*	0,28*	n.s	n.s	0,17	0,30*	0,26*
Test de diff. significative	-	[0,042]	-	-	[0,047]	[0,032]	-	-	[0,009]	[0,044]	[0,064]
Témoin	n.s	-0,038*	n.s	n.s	0,13	-0,07	n.s	n.s	-0,39*	-0,01	-0,06

Note: Entre les crochets se trouve le résultat des tests de différence significative entre les corrélations des deux groupes, un  $p < 0,05$  signifie que les corrélations diffèrent. Groupe intervention  $n=72$ , Groupe témoin  $n=37$ .

\*  $p < 0,05$  , \*\*  $p < 0,01$

### 3.3.2.2 Corrélations chez les garçons du groupe témoin

Ce sont chez les garçons n'ayant pas participé au programme que se trouvent les corrélations les plus intéressantes. Les corrélations importantes chez ces garçons sont surtout liées au soutien social perçu des adultes en lien avec les échelles de contrôle, de tolérance, de compétences sociales ainsi que celle des problèmes extériorisés. Plus spécifiquement, plus les garçons évoluent sur le plan du contrôle (c'est-à-dire s'améliorent dans leurs rapports avec les camarades de classe lors de conflits), plus ils perçoivent qu'ils sont importants pour leur enseignant ( $r=0,51$ ,  $p<0,01$ ) et que leurs parents les considèrent comme une personne importante ( $r=0,46$ ,  $p<0,01$ ). Aussi, plus les garçons améliorent leur tolérance (ex.: ils gèrent plus adéquatement les défis et frustrations inhérents à la vie de groupe), plus ils perçoivent de soutien social de l'enseignant ( $r=0,44$ ,  $p<0,01$ ) et de leurs parents ( $r=0,40$ ,  $p<0,05$ ). Plus les garçons perçoivent que leur enseignant peut les soutenir lorsqu'ils sont fâchés par exemple, plus ils s'améliorent dans leurs compétences sociales ( $r=0,44$ ,  $p<0,01$ ) et moins ils présentent de comportements difficiles extériorisés tels que l'agressivité ( $r=0,47$ ,  $p<0,01$ ). De fait, les six corrélations positives les plus fortes et significatives impliquent le soutien perçu des enseignants et des parents.

Malgré que les relations les plus fortes et significatives soient positives chez les garçons du groupe témoin, on constate néanmoins la présence de corrélations négatives entre le soutien perçu des amis et camarades de classe et certaines échelles d'adaptation socio-affective. Par exemple, l'amélioration du soutien social perçu des camarades de classe est liée à la diminution de la confiance ( $r=-0,40$ ,  $p<0,05$ ), de l'intégration ( $r=-0,35$ ,  $p<0,05$ ) ainsi qu'à l'augmentation des problèmes intériorisés ( $r=-0,45$ ,  $p<0,01$ ). Ainsi, moins les garçons perçoivent de soutien de leurs camarades de classe par rapport au début de l'année, plus ils se sentent confiants dans un groupe, plus ils s'intègrent facilement et moins ils présentent de comportements anxieux, dépendants, d'isolement ou de déprime (problèmes intériorisés). Bien que ces

corrélations s'avèrent significatives au plan statistique, il est étonnant de constater que plus les garçons perçoivent leurs camarades de classe comme étant amicaux, à l'écoute et justes envers eux (soutien social perçu des camarades de classe), moins ils s'améliorent sur le plan de la confiance, de l'intégration ou des problèmes intériorisés. Puisque ce résultat contre-intuitif n'est pas appuyé par les écrits scientifiques, il apparaît possible que ce résultat soit un artéfact attribuable à l'approche exploratoire de la démarche employée. Nous reviendrons sur cet aspect au chapitre discussion.

En somme, les relations entre l'amélioration du soutien social perçu et celles de l'adaptation sont relativement faibles pour l'ensemble des enfants des groupes intervention et témoin. Celles-ci diffèrent toutefois en fonction du sexe. Chez les filles, aucune corrélation significative n'est décelée alors que chez les garçons, plusieurs corrélations s'avèrent très significatives et fortes. Chez les garçons du groupe intervention, les corrélations sont légèrement supérieures à celles de l'ensemble du groupe, mais l'amélioration de certains aspects adaptatifs expliquent au plus 9 % de la variance de l'amélioration du soutien social perçu. Les relations les plus fortes se trouvent chez les garçons du groupe témoin, qui expliquent jusqu'à 26 % de la variance. Les plus fortes et significatives concernent spécifiquement la relation entre le soutien social perçu des adultes et la capacité de contrôle et les problèmes extériorisés. Notamment, plus les garçons du groupe témoin perçoivent du soutien social de leur enseignant et de leur parent, plus ils présentent de meilleures capacités à se contrôler; par exemple négocier avec un autre enfant lors de conflit. Ces corrélations significativement différentes de celles des garçons du groupe intervention apportent un nouvel éclairage concernant les effets du programme. Ainsi, la participation au programme influencerait principalement les liens entre le soutien social perçu de l'enseignant et certaines dimensions socio-affectives des garçons, de façon à ce que ceux-ci dépendent moins du soutien social perçu de l'enseignant à la

fin de l'année pour améliorer leur adaptation comparativement à ceux du groupe témoin.

### 3.4 Synthèse des résultats

En somme, les résultats des analyses quantitatives montrent que la participation au programme *Les amis de Zippy* est liée à l'amélioration du soutien social perçu de la part de l'enseignant et des parents ainsi qu'à l'autonomie et à la coopération des enfants. Le programme s'avère aussi efficace pour les filles que pour les garçons. Les éta carré partiel rapportés, oscillant entre 0,01 et 0,02, représentent selon les normes de Cohen (1988) des tailles d'effet ( $d$  de Cohen) faibles puisque celles-ci se situent autour de 0,01. Paradoxalement, les enfants du groupe témoin améliorent cependant significativement le soutien social qu'ils perçoivent de leurs camarades de classe alors que ceux du groupe intervention demeurent stables.

Enfin, les corrélations exploratoires entre l'évolution du soutien social perçu et l'adaptation socio-affective montrent que les relations entre ces scores diffèrent selon le groupe et le sexe des enfants. De façon générale, les corrélations du groupe intervention montrent que l'amélioration du soutien social perçu est faiblement liée de l'amélioration de l'adaptation socio-affective à la fin de l'année. Toutefois, chez les garçons du groupe témoin, on note que l'amélioration du soutien perçu des adultes est principalement associée à l'amélioration de leurs compétences sociales, leurs capacités à se contrôler ainsi qu'à émettre moins de comportements extériorisés. Ainsi, la participation au programme diminue la force de certains liens entre l'amélioration du soutien social perçu et l'adaptation socio-affective mais seulement chez les garçons.

## CHAPITRE IV

### RÉSULTATS QUALITATIFS

Ce chapitre a pour but de décrire les résultats des entrevues qualitatives effectuées auprès de 20 enfants ayant suivi le programme *Les amis de Zippy* et de 19 enfants n'ayant pas participé au programme. Le chapitre comporte trois parties. La première décrit la composition, la diversité ainsi que les différentes fonctions du réseau social des enfants. Elle offre un complément au chapitre quantitatif qui documentait les effets du programme sur le soutien perçu des enfants de quatre sources du réseau de l'enfant soit les parents, l'enseignant, les amis proches et les camarades de classe. Cette section permet d'enrichir les fonctions de l'entourage du point de vue des enfants et de distinguer les discours à ce sujet de ceux ayant participé au programme.

La deuxième partie porte sur la reconnaissance de quatre émotions abordées dans le curriculum du programme *Les amis de Zippy* soit la tristesse, la colère, la nervosité et la jalousie. Pour chacune de ces émotions, nous verrons à quelles situations les enfants l'associent, les signes qui permettent de la reconnaître chez les autres, ce qu'ils font pour y faire face et l'aide qu'ils souhaitent recevoir. Essentiellement, cette section vise à documenter la reconnaissance des émotions chez soi et autrui, une compétence sociale visée par le programme, mais non mesurée par l'instrument quantitatif Profil socio-affectif. Cette section permet aussi d'évaluer si la participation au programme amène les enfants à tenir un discours distinctif relativement à la reconnaissance des émotions ainsi qu'au soutien souhaité lors de ces situations.

Enfin, alors que les résultats quantitatifs du précédent chapitre permettaient d'évaluer l'influence du programme sur certaines compétences sociales et adaptatives chez l'enfant, la dernière partie des analyses qualitatives vise pour sa part à décrire le soutien offert par les enfants de chaque groupe lors de conflits et de deuils, deux types de situations abordées dans le cadre du programme. Dans ce chapitre, les résultats seront d'abord rapportés pour l'ensemble des répondants et dans un second temps les différences entre les groupes seront présentées.

#### 4.1 Réseau social de l'enfant

##### 4.1.1 Les personnes importantes dans la vie de l'enfant.

Au regard des personnes importantes<sup>5</sup> dans le réseau social de l'enfant, les amis et les parents occupent respectivement les premier et deuxième rangs. Au troisième rang se trouvent les membres de la fratrie (sœur ou frère), suivis des grands-parents. Presque qu'autant d'enfants ont mentionné les animaux de compagnie (chien, chat, lapin, etc.) que leurs grands-parents comme des personnes significantes pour eux. De plus, quelques enfants rapportent l'enseignant ou des objets inanimés (peluche ou Dieu) comme étant des êtres centraux dans leur vie. Mis à part le fait que seuls les enfants du groupe témoin mentionnent le conjoint des parents, les catégories de personnes nommées par les enfants sont très semblables et ce, peu importe l'appartenance au groupe intervention ou témoin. La figure 4.1 présente les catégories de personnes importantes du réseau de l'enfant.

---

<sup>5</sup> Ici, l'emploi du terme «personne» ne correspond pas à la définition usuelle de la langue française. Comme nous le verrons plus loin, elle peut renvoyer à un objet inanimé ou à un animal avec lequel les enfants entretiennent un rapport particulier.



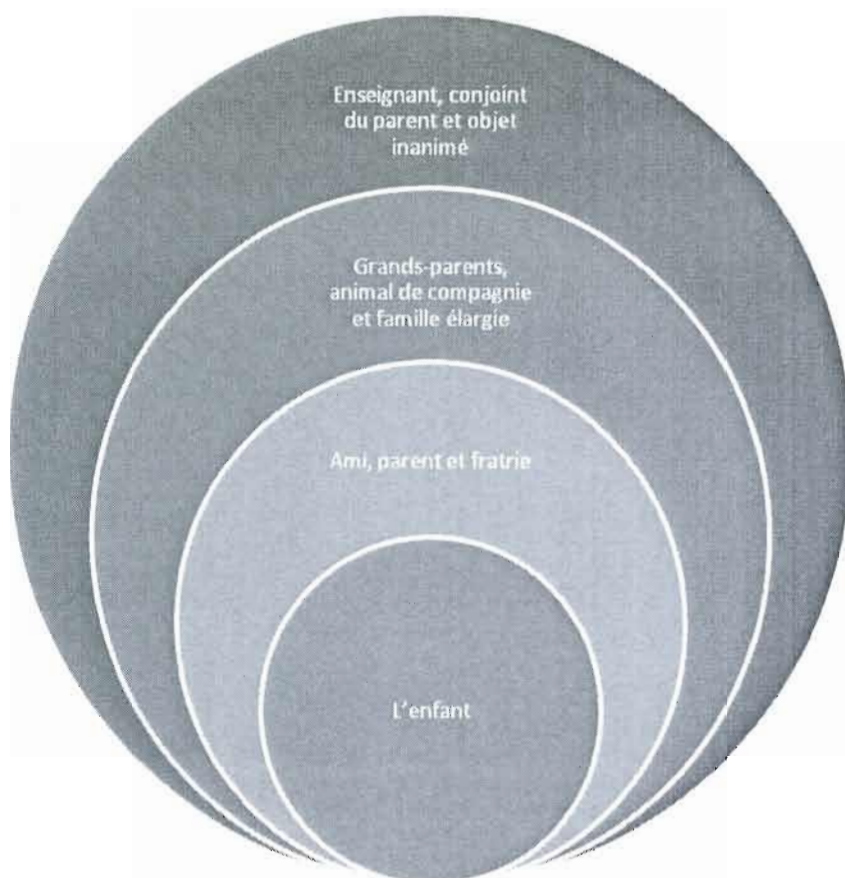


Figure 4.1: Catégories des personnes importantes du réseau de l'enfant

Au regard du nombre de personnes qui composent le réseau social de l'enfant, l'ensemble des répondants identifient en moyenne 7 personnes chez le groupe témoin ( $\text{ÉT}=2$ ) et 8 personnes chez le groupe intervention ( $\text{ÉT}=3$ ). Ce léger écart entre des deux groupes est lié au fait que les enfants du groupe intervention mentionnent plus souvent la catégorie des grands-parents que ceux du groupe témoin. Concernant la diversité du réseau, en moyenne l'ensemble des enfants nomment 3,75 types ( $\text{étendue}=4$ ;  $\text{ÉT}=1$ ) de personnes importantes pour eux. La diversité est similaire chez les groupes témoin et intervention. De plus, les enfants des deux groupes rapportent autant d'amis l'un que l'autre.

#### 4.1.2 Les fonctions du réseau social de l'enfant.

Après avoir demandé aux enfants de nommer les personnes qui composent leur réseau social, les participants ont dit pourquoi ces personnes étaient importantes pour eux. Les raisons les plus souvent mentionnées par les enfants ont trait au soutien émotionnel et au soutien d'accompagnement.

La catégorie de soutien émotionnel (ou affectif) s'inspire de la définition de Hamel (2001, p.102) : « toute communication d'affection, d'appréciation et de reconnaissance permettant à une personne de se sentir entourée et valorisée ». Les amis sont généralement forts importants et le soutien affectif qu'ils leur apportent n'y est pas étranger. Plusieurs enfants apprécient notamment que leurs amis puissent répondre à leurs besoins quand ils se blessent ou ont de la peine: « Quand moi j'me fais mal (...) eux y seraient capables de venir me voir pis me dire : t'es-tu correcte? Pis des choses comme ça<sup>6</sup> »(E524). Certains soulignent aussi l'importance de se faire consoler lorsqu'ils ont de la peine comme l'exprime cet enfant : « Pis y me font du bonheur quand j'ai de la peine » (E33). Selon d'autres, le soutien émotionnel évoque l'idée de se sentir en confiance avec l'autre, de se sentir compris et de pouvoir partager tout ce que l'on souhaite avec nos amis : « Parce qu'avec eux (...) j'peux tout leur dire (...) quand j'ai des secrets à dire » (E139). L'autre thème fortement rapporté par les enfants en lien avec le soutien émotionnel concerne la gentillesse. Alors que certains enfants parlent de la gentillesse de leurs amis, sans pour autant donner de plus amples détails, d'autres sont plus explicites dans leur réponse. Ils l'associent à des comportements respectueux, à l'aide reçue, au fait de faire plaisir à l'autre ou de jouer ensemble, comme en témoigne l'extrait suivant : « Être gentil c'est comme aider les autres, les respecter, faire des services (...) c'est comme le contraire

---

<sup>6</sup> Afin de faciliter la lecture des extraits des propos des enfants, les répétitions, les hésitations ou les passages non pertinents ont été remplacés par ceci : « (...) ».

(...) de leur donner des coups de poing, de (...) leur dire des choses méchantes » (E142). En outre, le soutien émotionnel signifie pour d'autres enfants le partage d'affinités, d'aimer l'autre, le fait de se sentir aimé et respecté. L'ensemble des raisons mentionnées par les enfants concernant le soutien émotionnel semblent contribuer en partie à forger leurs relations d'amitié.

Le jeu occupe également une fonction importante dans le réseau social de l'enfant. Celui-ci répond à un soutien d'accompagnement qui selon Hamel (2001, p.102) se définit comme suit : « Accompagnement à des activités [surtout ludiques] qui permet d'expérimenter un sentiment d'appartenance ou de camaraderie ». Les amis semblent importants aux yeux des enfants entre autres parce qu'ils permettent de réaliser des activités ludiques et que cela peut contribuer à leur bien-être : « I. : Et pourquoi tes amis sont importants pour toi? E. : Parce que si moi, j'en ai pas d'amis, je me sens triste (...), je peux pas jouer » (E583). Aussi, plusieurs enfants précisent que de jouer fréquemment avec un ami explique, en partie, pourquoi cette personne est importante pour eux : « On joue à toutes les fins de semaine ensemble presque » (E36). Plusieurs rapportent aussi l'importance d'éprouver du plaisir à jouer ensemble : « Pa(r)ce que j'aime ça jouer avec eux (...) on s'amuse beaucoup ensemble (...) pis on joue à des jeux drôles » (E137). Outre la bonne entente, une forme de réciprocité dans les activités ludiques semble déterminante comme le témoigne cet extrait : « ...Y m'invitent chez eux, moi aussi j'l'invite chez moi (...) C'est ça on est amis là » (E145). Les répondants sont toutefois moins explicites lorsqu'ils parlent de la fonction ludique de leur réseau que lorsqu'ils parlent du soutien émotionnel.

Enfin, les deux autres fonctions du réseau social, c'est-à-dire les soutiens informatif et instrumental, sont peu nommées. Le soutien instrumental réfère aux différentes formes d'aides concrètes comme l'aide matérielle ou les services rendus (Hamel,

2001). Pour les enfants, ce type d'aide comprend souvent le prêt de jouets, mais aussi des services forts utiles pour un écolier comme en témoigne l'extrait suivant : « E. : Ils m'aident beaucoup quand j'ai besoin d'aide dans ma classe. I. : Tes amis, ouais, qu'est-ce qu'ils font pour t'aider? E. Ils m'aident (...) des fois quand je ne suis pas là, y font mes devoirs » (E596). Quant au soutien informatif, qui comprend toutes formes de conseils, de guides, de suggestions pour régler un problème (Hamel, 2001), seul un enfant en fait mention en donnant un exemple très explicite : « William<sup>7</sup> lui y (...) m'aide des fois, mais yé pas dans ma classe, mais y m'aide souvent (...) au gymnase pis là, quand j'me rappelle p(l)us des règlements »(E2).

#### 4.1.2.1 Différences entre le discours des groupes intervention et témoin.

Les enfants du groupe intervention nomment davantage de raisons expliquant pourquoi certaines personnes sont importantes. Lorsqu'on s'attarde aux détails des réponses des enfants aux deux principales catégories de fonctions du réseau social, en l'occurrence le soutien émotionnel et d'accompagnement, c'est la richesse du discours des enfants du groupe intervention qui ressort. Ils s'expriment de façon plus précise au sujet du soutien émotionnel comparativement aux enfants du groupe témoin. Ils utilisent davantage de mots pour communiquer, comme le montre l'exemple suivant : « E. : J'les aime beaucoup. Pis quand j'me fais mal (...) ils m'aident toujours. (...) pis y sont gentils avec moi presque toujours. I. : Qu'est-ce que ça veut dire être gentille avec toi? E. : Ben comme (...) À m'fait plaisir (...) quand j'ai besoin d'elle, à vient » (E109). Chez le groupe témoin, plusieurs enfants s'expriment avec moins d'aisance sur le sujet comme l'illustre l'exemple suivant : « I. : Alors pourquoi ils sont importants pour toi ? E. : Parce que (hésitation), ils aiment beaucoup (...) I. : Penses-y, il y a surement quelque chose ? E. : Philippe me

---

<sup>7</sup> Afin de préserver la confidentialité et l'anonymat des participants de la recherche, tous les prénoms dans ce document ont été remplacés par des prénoms fictifs.

fait rire » (E545). Les enfants du groupe intervention ont aussi plus de mots pour décrire la gentillesse que ceux du groupe témoin comme l'exemple mentionné précédemment (*voir* E142). En outre, certains propos concernant le respect, le partage de secrets ou le fait de « ne pas dire des choses méchantes » sont seulement rapportés par les enfants ayant participé au programme. Un autre aspect distinctif concerne l'un des enfants du groupe intervention qui explique, non pas pourquoi un de ses amis est important, mais pourquoi son chien l'est : » Pa(r)ce que j'aime ça. (...) C'est doux (...) J'aime ça les caresser » (E113).

Les différences de discours entre les enfants des deux groupes concernant le soutien d'accompagnement sont aussi à noter. Chez les enfants du groupe intervention, la majorité des réponses sont plus étoffées comme dans l'extrait suivant :

«E. : Pa(r)ce qu'on s'amuse bien ensemble. I. : Qu'est-ce que tu veux dire on s'amuse bien ensemble? E. : On fait des activités le fun, des fois on fait du dessin ensemble, on s'aide à dessiner (...) on joue à des jeux à l'extérieur (...) on fait des marches, on fait du vélo » (E12).

En somme, les répondants du groupe intervention attribuent plus de qualificatifs en décrivant leurs activités ludiques, ils parlent par exemple du plaisir à jouer avec les autres, des jeux qu'ils aiment, etc. Le soutien émotionnel et le soutien d'accompagnement semblent plus explicitement soutenus par les propos des enfants du groupe intervention que par ceux du groupe témoin.

Chez les enfants n'ayant pas participé au programme, certains aspects distinctifs ressortent. D'abord, deux catégories de réponses, soit la proximité physique (sous catégorie du soutien d'accompagnement) et le soutien informatif, ne sont pas invoquées par les enfants du groupe témoin. D'autres légères distinctions propres au discours des enfants du groupe témoin concernent le soutien émotionnel et incluent celui qui mentionne les qualités personnelles de ses amis : « Leur écoute et (...) son

rire. » (E542). Un autre invoque que c'est parce que les autres l'aiment que ce sont des personnes importantes dans sa vie (E502). La majorité des réponses des enfants du groupe témoin concernant le soutien d'accompagnement sont courtes et peu détaillées, la formule type des répondants du groupe témoin se rapprochent généralement de l'extrait suivant : « Parce y jouent souvent avec moi » (E521).

#### 4.1.3 Sommaire des résultats sur le réseau de l'enfant.

En somme, plusieurs personnes importantes font partie du réseau des enfants. Les amis, les parents ainsi que la fratrie y occupent une place de choix. Les autres personnes importantes de leur entourage comprennent celles issues de la famille élargie ou des milieux qu'ils fréquentent (ex. : enseignant, conjoint d'un des parents biologiques ainsi que les animaux de compagnie). En moyenne, les enfants nomment 7 à 8 personnes significantes dans leur réseau, issues en moyenne de près de 4 catégories de personnes. Le discours relatif à la composition et la diversité du réseau social des enfants est semblable d'un groupe à l'autre. Essentiellement, leur réseau social apporte un soutien émotionnel et d'accompagnement. Ce soutien émotionnel leur permet de se sentir entourés alors que le soutien d'accompagnement permet d'expérimenter un sentiment de camaraderie en partageant des activités ludiques avec les amis. Bien que les fonctions évoquées du réseau social soient similaires chez les groupes intervention et témoin, le discours du groupe intervention se distingue en étant plus riche et étoffé que celui du groupe témoin. Notamment, il se caractérise par des descriptions plus détaillées de certains concepts comme la gentillesse et le soutien d'accompagnement.

Ainsi, bien que les analyses quantitatives aient montré que le soutien social perçu des adultes augmente chez les enfants qui participent au programme, il est intéressant de

noter que le discours de ce groupe concernant le réseau social met davantage l'accent sur la gentillesse entre les camarades de classe et l'importance de l'amitié.

## 4.2 Reconnaissance des émotions

La capacité à reconnaître les émotions est une composante essentielle aux interactions sociales. Les émotions permettent entre autres de communiquer aux autres comment nous nous sentons. Le soutien et l'aide promulgué par l'entourage consistent souvent à parler de ses sentiments (Parke et Gauvain, 2009). Généralement, plus un enfant éprouve de la facilité à reconnaître les émotions, plus il est habilité à résoudre des problèmes ou des conflits et à maintenir des relations d'amitié durables (Denham, Bassett et Wyatt, 2007). La section suivante a pour but de mieux comprendre comment les enfants reconnaissent les émotions et ce qu'ils font pour y faire face. Les enfants ont été questionnés par rapport à quatre sentiments abordés dans le cadre du programme *Les amis de Zippy* : la tristesse, la colère, la nervosité (stress) et la jalousie.

### 4.2.1 La tristesse

La tristesse est une émotion relativement bien comprise par les enfants. Tous étaient en mesure de nommer au moins une situation dans laquelle ils avaient ressenti de la tristesse. Globalement, les deux motifs de tristesse chez soi ou chez les autres les plus souvent mentionnés sont les blessures ou la maladie et lorsqu'une perte, un changement ou deuil survient comme dans l'extrait suivant : « E. : quand mon grand-père y'a été mort. I. : Quand ton grand-père est mort, t'étais triste (...) E. : Parce qu'y cachait tout le temps mes souliers » (E12). Le troisième motif le plus rapporté concerne les situations où un enfant se fait taquiner verbalement (ex. se faire dire des

choses méchantes) ou physiquement (ex. : « jambettes ») ou même rejeter par ses amis comme dans l'exemple suivant : « Florence a été triste, parce que (...) Jessica voulait pas jouer avec elle. Fait que là, a demandé à d'autres amis pis était triste » (E524). Les autres motifs évoqués concernent les disputes ou punitions des parents, les conflits, l'impossibilité de réaliser une activité et la solitude.

Les situations les plus souvent mentionnées par les enfants varient légèrement selon que l'enfant vit de la tristesse ou qu'il perçoit une situation de tristesse chez l'autre. Ainsi, très peu de répondants évoquent des situations de tristesse chez les autres qui sont causées par le fait de subir les agacements et le rejet alors qu'un grand nombre de répondants les invoquent dans les exemples qui se rapportent à eux. Le même constat s'applique lors de disputes ou punitions des parents. Ce motif est plus souvent mentionné lorsque la situation se rapporte à eux et non pas à d'autres. En outre, trois enfants ne peuvent identifier une raison précise pour laquelle ils ont noté qu'un de leurs proches était triste.

Les manifestations de tristesse semblent assez faciles à reconnaître chez les autres enfants. Tous sont en mesure d'évoquer au moins un signe de tristesse chez autrui. La manifestation la plus largement identifiée est celle comportant une réaction émotive intériorisée comprenant des gestes ou comportements anxieux tels que pleurer, s'isoler ou se retirer, etc. La réponse typique des enfants ressemble à celle-ci : « I. : Comment tu t'es aperçu qu'il était triste? E. : Ben pa(r)ce que je l'ai vu pleurer » (E113). Aussi, certains reconnaissent des comportements de retrait chez les enfants : « I. : Elle était comment? E. : Ben, elle restait dans son petit coin. (...) pis elle bougeait pas trop, elle parlait pas » (E501). Les autres signes souvent mentionnés concernent les expressions corporelles (expression du visage ou du corps) ou verbales. Plusieurs enfants imitaient l'expression de celui qu'ils décrivaient comme



triste : « E. : Son visage. I. : Son visage, il était comment son visage ? E. : Comme ça (imitation de l'enfant) I. : Elle regardait par en bas et elle n'avait pas de sourire au visage. E. : Oui » (E504). Sinon plusieurs enfants réalisent la tristesse d'autrui lorsqu'elle est exprimée verbalement, comme l'illustre la citation qui suit : « I. : Comment tu t'en es aperçu? E. : Parce qu'a me l'avait dit » (E33). En outre, les autres indices permettant d'identifier la tristesse chez les autres sont lorsque la personne reçoit de l'aide ou cherche du réconfort, lorsque celle-ci exprime un malaise physique ou qu'elle assène des coups à quelqu'un.

#### 4.2.1.1 Différences entre le discours des groupes intervention et témoin.

Une des premières distinctions entre les deux groupes concerne la solitude comme source de tristesse, c'est-à-dire lorsque l'enfant exprime qu'il est triste parce qu'il est seul, se sent seul ou qu'il n'a pas d'amis avec qui jouer. Ce motif est seulement évoqué par les enfants du groupe témoin. Aussi, la presque totalité des répondants affirmant que le fait de ne pas pouvoir faire quelque chose les rend tristes est issue du groupe témoin. Cette catégorie correspond généralement à un interdit des parents de réaliser une activité ludique, par exemple ne pas aller jouer chez son ami. En outre, les enfants du groupe intervention sont trois à quatre fois plus nombreux que ceux du groupe témoin à nommer les situations de conflits et le fait de se faire disputer par un parent comme motifs de tristesse.

Au-delà de ces différences de fréquences dans les catégories de réponses, les propos des enfants sont généralement de la même teneur. Une distinction cependant apparaît lorsqu'ils abordent les situations de conflits. Dans ce cas-ci, les enfants du groupe intervention rapportent davantage l'emploi de mécanismes d'adaptation pour faire face à la situation de tristesse, par exemple apporter de l'aide à un ami, le consoler et même se raconter des histoires comme dans l'extrait suivant : « I : (...) T'étais triste.

Pis qu'est-ce que t'as fait? E. : Ben j't'allé dans un coin pis c'est ça là (...) que je me raconté des histoires. I. : Pis tu t'es raconté des histoires pour aller mieux? E. : Ouais. I. : Ouais. Pis ça t'a aidé? E. : Ouais » (E145).

Les enfants du groupe intervention sont les seuls à identifier la recherche d'aide ou de réconfort et les réactions extériorisées comme signes de tristesse chez les autres. Ils sont aussi beaucoup plus nombreux que ceux du groupe témoin à identifier les expressions verbales chez leurs proches comme des signes de tristesse. Concernant les réactions intériorisées, peu de différences quant à la teneur des contenus émergent entre les deux groupes. Néanmoins, un aspect distinctif du groupe intervention ressort quant à la qualité des réponses de certains enfants concernant les réactions de tristesse. Notamment, un des enfants s'est aperçu que son amie était triste parce qu'elle lui a signifié qu'elle avait besoin d'aide :

« I. : Comment tu t'es aperçue qu'elle était triste? E. : Parce qu'elle avait des larmes. Mais est venue me chercher dans la cour d'école pour régler. I. : Pour régler ? E. : (...). A l'avait un conflit avec d'autres amis, pis vu qu'à m'faisait confiance, est venue me chercher pour essayer qu'on règle le conflit ensemble, avec d'autres amis » (E12).

Aussi, une autre enfant est très explicite lorsqu'elle raconte les réactions intériorisées de tristesse chez elle et ses amies :

« E. : Moi j'pleurais à tous les jours (...) pis y me l'on dit que eux aussi (...) presque à tous les jours (...) eux aussi y pleuraient. (...) I. : Mais comment tu t'es aperçue qu'eux autres aussi elles étaient tristes? E. : Ben moi j'va au service de garde pis mes amies aussi, pis on a pleuré nous trois au service de garde » (E109).

Un autre léger détail concerne les manifestations de retrait où l'un des enfants mentionne un comportement d'aide et de l'empathie en décrivant la situation : «E. : Fait que là ça y faisait de la peine (...) y'était triste dans son coin, fait qu'on allait le

voir (...) pis y commençait à pleurer tout seul (...) Des fois ça y prenait une demi-heure avant qu'y s'calme» (E139).

Concernant la reconnaissance des manifestations de tristesse chez les autres, les enfants du groupe témoin sont les seuls à identifier les malaises physiques et le fait de ne plus travailler à l'école comme signes de tristesse. Leurs propos se distinguent peu de ceux du groupe intervention tout en étant moins détaillés.

#### 4.2.2 Type d'aide souhaité en situation de tristesse.

Pour chacun des sentiments abordés pendant l'entrevue, l'enfant devait répondre à la question suivante : «Toi quand tu te sens (nom de l'émotion soit triste, nerveux, jaloux ou fâché) est-ce que tu demandes de l'aide ou tu t'organises tout-e seul-e ? ». Puis l'intervieweuse demandait des éclaircissements selon la réponse de l'enfant. Par exemple, lorsque l'enfant affirme demander de l'aide, elle lui demande qu'est-ce qu'il aimerait que la personne fasse pour lui venir en aide et lorsque l'enfant affirme s'organiser seul, elle demande pourquoi il agit ainsi. Ces questions ont permis d'identifier les types de soutien social souhaités en fonction des sentiments, mais également les moyens déployés par les enfants pour faire face à ces différents sentiments.

Que font les enfants lorsqu'ils vivent de la tristesse ? Ont-ils tendance à demander de l'aide aux autres, à s'organiser seuls ou les deux à la fois ? Lors de situation de tristesse, la moitié des enfants interrogés affirment demander de l'aide aux autres. Plusieurs affirment aussi s'organiser seuls et demander de l'aide à d'autres occasions. Les types d'aide les plus souhaités concernent les soutiens instrumental et émotionnel. Certains mentionnent le soutien d'accompagnement. Le soutien instrumental comprend les services rendus, souvent de la part d'un adulte pour régler

la situation : « I : qu'est-ce que tu aimes que les personnes fassent pour t'aider quand tu te sens triste? E. : Quand ma mère <euh> à m'aide à ben que mon grand frère y'arrête (...) de m'crier après pis de faire des méchantes choses» (E35). Les enfants souhaitent aussi recevoir du soutien informatif tel que des suggestions pour améliorer la situation : «E. : Des fois, comme, quand j'triste parce que, mettons, m'a fait mal, bien là (...) que mes parents vont venir me voir pour me donner des trucs comme pense pu à ça pis des choses comme ça» (E524). Les enfants souhaitent recevoir du soutien émotionnel lorsqu'ils vivent de la tristesse, ils cherchent essentiellement à se sentir entourés et réconfortés : «I. : qu'est-ce que tu veux que les personnes fassent pour t'aider quand tu te sens triste? E. : Ben qu'ils me consolent» (E140). Les enfants qui mentionnent le soutien d'accompagnement parlent entre autres que se faire offrir de jouer avec eux les aide lorsqu'ils éprouvent de la tristesse.

Les enfants qui affirment se débrouiller seuls lorsqu'ils vivent de la tristesse sont nombreux à utiliser différentes stratégies pour se sentir mieux, comme se divertir ou se retirer dans leur chambre pour se calmer : «E. : Quand j'm'enferme pas dans ma chambre, m'en va jouer au basket pis ça m'relaxe» (E36). Certains enfants ne savent pas pourquoi ils ne demandent pas d'aide. D'autres disent s'organiser seuls en raison de leur timidité, du fait que cela les attriste d'en parler aux autres ou tout simplement parce qu'ils ne croient pas que les autres peuvent les aider.

#### 4.2.2.1 Différences entre le discours des groupes intervention et témoin.

Le discours des enfants du groupe intervention est plus nuancé. Cela se traduit par le fait que les enfants de ce groupe sont plus nombreux que ceux du groupe témoin à affirmer à la fois qu'ils s'organisent seuls et qu'ils demandent de l'aide selon la situation de tristesse. Ils mentionnent les mêmes catégories d'aide souhaitée que ceux du groupe témoin. Les enfants du groupe intervention se distinguent légèrement en ce

qui concerne le soutien d'accompagnement. Ils sont un peu plus précis dans leur réponse (mentionnent que les autres peuvent les aider en jouant avec eux) et parfois plus nuancé dans leur discours : «E. : J'va aller jouer avec d'autres amis. I. : Tu vas aller jouer avec d'autres amis, ok. Mais tu leur en parles pas à ces amis-là? E. : Ben oui j'leurs en parle dépendamment comment j'suis triste, comme si c'est juste une chicane pis j'suis triste (...) ben, j'vais juste regarder ça avec l'ami, pis si c't'une grosse chicane, j'va en parler avec d'autres amis» (E139). Le discours des enfants ayant participé au programme se distingue davantage lorsque les enfants expliquent ce qu'ils font seuls pour surmonter leur tristesse. Plusieurs enfants évoquent plus d'une stratégie comme aller dans sa chambre pour se relaxer, jouer, lire, cajoler sa peluche comme le montre cet extrait : «I. : Quand t'es triste est-ce que tu t'organises tout seul ou tu demandes de l'aide? E. : Ben, j'joue avec mon toutou dans ma chambre, pis j'vais lire des livres (...) j'vais jouer dehors» (E139). D'autres affirment qu'il est préférable de régler le problème directement: «E. : Je peux régler mes problèmes moi-même. (...) J'aime mieux ça parce que sinon les personnes (...) y vont le dire à la personne que (...) j'suis malheureux» (E145).

La majorité des répondants du groupe témoin affirment demander de l'aide lorsqu'ils sont tristes. Toutefois, leur discours concernant le type d'aide souhaité n'est pas aussi élaboré que celui des enfants du groupe intervention. D'ailleurs, peu d'enfants du groupe témoin affirment demander de l'aide et s'organiser seuls selon la situation de tristesse. En outre, ils sont peu nombreux à mentionner s'organiser seuls entre autres parce qu'ils ne croient pas que les autres peuvent les aider lorsqu'ils sont tristes. Les enfants n'ayant pas participé au programme évoquent également peu de stratégies pour faire face à la tristesse lorsqu'ils sont seuls et les moyens évoqués sont peu développés et plus passifs. Par exemple, certains disent qu'ils se retirent ou qu'ils ignorent le comportement de l'autre : «E. : J'm'organise toute seule parce que moi,

j'm'en va jouer ailleurs» (E543). Enfin, seulement un enfant parle de résoudre directement le problème avec l'autre lorsqu'il s'organise tout seul.

#### 4.2.3 La colère

Les situations qui peuvent engendrer un sentiment de colère sont multiples, Les plus courantes étant les situations de conflits et de taquineries. Les désaccords ou les « chicanes » entre amis sont beaucoup plus rapportés lorsque l'enfant identifie des situations qui mettent les autres en colère, comme dans l'extrait suivant : «Maude, des fois, elle fait la chicane avec Maxime» (E564), alors que ce sont davantage les taquineries qui les mettent eux-mêmes en colère : « I. : qu'est-ce qui te fâche? E. : Ben des fois mes amis ils m'énervent» (E109). Se faire disputer ou punir par un parent est le deuxième motif le plus rapporté: « Quand ma mère me dispute ; chus fâchée. (...) Quand a me demande quelque chose (...) a me crie après, j'suis fâchée aussi» (E145). Les autres raisons qui expliquent la colère des enfants comprennent celles où l'enfant ne peut pas faire quelque chose; les situations d'agression physique ou de tricherie ou perte à un jeu; lors de blessures ou d'accidents; les ordres d'un parent; le rejet des amis et la perte d'un objet.

Les enfants reconnaissent la colère chez les autres d'abord par les expressions du visage (sourcils froncés, bouche pincée, regard intense, etc.) et du corps (le haussement des épaules, les bras croisés, les mains sur les hanches, etc.). Ils avaient souvent recours spontanément au mime pour illustrer les signes de colère chez les autres : « I. : Qu'est-ce qui te fait croire qu'était fâchée ? E. : Parce qu'elle était de même (l'enfant mime le visage). I. : Était comme ça, tu veux dire qu'elle avait le bec pincé, c'est ça que t'es en train de me faire. Elle regardait par terre. Pis elle avait les deux poings sur les hanches » (E542). Plusieurs enfants reconnaissaient la colère chez les autres lorsqu'ils manifestent des réactions émotives extériorisées comme frapper,

crier ou se battre avec quelqu'un. Si l'enfant n'observe pas de signes extérieurs qui indiquent que l'autre est en colère, il le réalise lorsque celui qui est en colère l'exprime verbalement et parfois avec un ton de voix plus ferme : «E. : Ben là y dit : Martin là, t'aurais dû (...) m'a passée tout doucement à place de m'la lancer de ton plus fort. I. : Il te dit ça d'un ton normal ou d'un ton fâché? E. : D'un ton un p'tit peu fâché» (E2). Quelques enfants reconnaissent des réactions intériorisées telles que pleurer comme signes de colère chez l'autre. Seulement deux enfants n'étaient pas en mesure d'identifier une forme ou l'autre des réactions de colère chez les autres. Les répondants décrivent plus facilement les situations de colère qu'ils ont vécues que celles qu'ils reconnaissent chez les autres. Ainsi, lorsque les enfants parlent de la colère chez les autres, plusieurs n'arrivent pas à identifier un exemple. En outre, les motifs de colère comme «se faire disputer ou punir par un parent» ainsi que «recevoir un ordre d'un parent» ne sont mentionnés que lors de situations qui se rapportent à l'enfant lui-même.

#### 4.2.3.1 Différences entre le discours des groupes intervention et témoin

Les types de situations suscitant la colère ne se distinguent pas selon les groupes. La richesse des propos est sensiblement la même chez les enfants des deux groupes. Néanmoins, les catégories « recevoir un ordre d'un des parents » et « sans raison », c'est-à-dire la capacité d'identifier de la colère sans pour autant être en mesure d'expliquer la raison, ne sont rapportées que par les enfants du groupe témoin. Une distinction toutefois est à noter concernant la reconnaissance des signes de colère chez les enfants du groupe intervention. Les réactions intériorisées de retrait ou de repli sur soi-même sont identifiées seulement par les enfants de ce groupe : «E. : Ben y'était fâché parce que (...) y parlait pus là, y parlait pus à la personne, t'sais la personne y demandait quelque chose pis y répondait pas comme» (E139).

#### 4.2.4 Type d'aide souhaité en situation de colère

Lorsqu'ils éprouvent de la colère, autant d'enfants répondent qu'ils s'organisent tout seuls, demandent de l'aide à d'autres ou ont recours à l'une ou à l'autre de ces deux réactions selon la situation. En cas de colère, c'est le soutien instrumental qui est le plus souvent invoqué par les enfants qui demandent de l'aide. L'aide concrète souhaitée par ces enfants implique généralement l'intervention d'un adulte afin qu'il gère une situation de conflit (en réglant le problème ou en punissant la personne fautive) comme dans le cas suivant:

I. : Qu'est-ce qu'y'arrive, quand t'es fâchée au basket? E. : Mais y m'vole souvent le ballon. I. : Oui. Là quand t'es fâché comme ça, tu t'organises tout seul ou tu demandes de l'aide à quelqu'un? E. : J'demande de l'aide à ma mère ou à mon père. I. : Ok, pis qu'est-ce que tu veux qu'ils fassent pour t'aider tes parents? E. : Ben mon père dit souvent : «j'vais aller y dire de rentrer dans sa chambre», pis ma mère aussi (E110).

Les répondants mentionnent également que le soutien informatif peut être utile lorsqu'ils vivent de la colère. Sans être très précis, les enfants souhaitent que les autres (généralement des adultes) leurs suggèrent des trucs pour ne plus être en colère ou régler le problème qui entraîne ce sentiment: « E. : j'demande de l'aide à mes parents (...) peux-tu m'trouver un truc pour que j'sois pas fâchée pis tout ça (...). Comme des trucs comme lis un livre pis des choses comme ça» (E524). Certains enfants affirment en outre que le soutien émotionnel comme le fait d'être écouté, de se faire chatouiller ou qu'on s'informe de leur bien-être les aide lorsqu'ils vivent de la colère.

Parmi les enfants interrogés, plusieurs affirment aussi s'organiser seuls lorsqu'ils vivent un sentiment de colère. Les enfants ne demandent pas d'aide en grande partie parce qu'ils ont recours à d'autres solutions comme le fait de prendre du recul en se retrouvant seul pour se calmer ou pour aller jouer dans leur chambre: «E. : J'va dans



ma chambre pis là, j'cris dans mon oreiller» (E525). Certains expliquent que la musique peut les aider dans ces moments-là : « E. : écouter de la musique (...). J'm'organise tout seul pa(r)ce que c'est dans ma chambre» (E36). Plusieurs enfants affirment s'organiser tout seuls soit parce qu'ils ne croient pas que les autres peuvent les aider ou tout simplement parce qu'ils n'arrivent pas à identifier pourquoi ils se comportent ainsi.

#### 4.2.4.1 Différences entre le discours des groupes intervention et témoin

À l'instar de soutien souhaité lors de situations de tristesse, le discours des enfants du groupe intervention est aussi plus nuancé que celui du groupe témoin. Un nombre beaucoup plus important d'enfants de ce groupe affirment demander de l'aide et s'organiser seuls selon la situation de colère qu'ils vivent. En outre, la fréquence et la richesse de leur propos se distinguent lorsqu'ils abordent le soutien instrumental et les stratégies qu'ils adoptent pour mieux faire face à leur colère. Le soutien instrumental souhaité chez les enfants du groupe intervention implique que non seulement l'adulte intervienne pour régler le problème, mais qu'il agisse comme un médiateur de conflit qui implique l'enfant dans la résolution du problème : « I. : Qu'est-ce que t'aimerais que ta mère à fasse pour t'aider? E. : Ben qu'à l'aille voir papa pis qu'à lui dise qu'est-ce qui c'est passé (...) pis qu'on règle le problème ensemble» (E12) ou comme le rapporte un autre enfant : « E. : (Qu'elle) a réglé les problèmes avec mon père et ma sœur et moi» (E115). Les façons de composer avec la colère sont plus diversifiées chez les enfants du groupe intervention; ils nomment plusieurs façons pour se calmer telles que dessiner, écouter de la musique, parler à sa peluche. Certains parlent même de technique pour se calmer : « E. : J'prends une respiration pis après j'pense à quelque chose de drôle» (E113). La richesse de discours se reflète également lorsque les enfants expliquent pourquoi ils se comportent ainsi pour composer avec la colère :

E. : J'm'organise toute seule (...) pa(r)ce que des fois ça (...) m'remonte le moral pis (...) à mettons j'suis dans ma chambre à cause d'mon p'tit frère ben là j'vas jouer, j'dis pas t'sais que c'est lui, mais (...) j'm'en vas jouer dans ma chambre là, ça me remonte le moral pis là j'suis prête à aller l'dire (E33).

La qualité des propos concernant les façons personnelles de composer avec la colère est parfois percutante chez certains enfants de ce groupe:

E. : Parce que (quand) j'suis fâchée (...) j'ai pas le goût de... parfois ça se peut que je contrôle pas assez bien ma colère, pis que je fasse mal à quelqu'un en y expliquant tellement je suis fâchée. J'ai peur de ça. Pis parfois j'en veux à tout le monde autour. I. : Pis alors t'aimes mieux t'organiser toute seule...E. : Ouais. Parce que parfois ça se peut, t'sais c'est seulement une personne qui m'a fait fâcher, mais j'en veux à tout le monde, j'suis fâchée contre le monde (E142).

Seuls les enfants du groupe témoin mentionnent souhaiter un soutien d'accompagnement, c'est-à-dire que quelqu'un les invite à jouer lorsqu'ils vivent de la colère. Ils sont en outre beaucoup plus nombreux à ne pas expliquer pourquoi ils s'organisent seuls lorsqu'ils sont en colère. Les enfants du groupe témoin présentent un discours similaire à ceux du groupe intervention concernant le désir de soutien informatif qui se résume souvent à recevoir des conseils par un adulte pour gérer le problème qui cause la colère.

#### 4.2.5 La nervosité et le stress

Bien que la nervosité ne soit pas facilement compréhensible pour un bon nombre d'enfants, ce sentiment a occasionné la plus grande diversité de catégories de réponses. Ainsi, outre la carte de sentiments qui illustre un petit personnage stressé (*voir* Appendice E), une image supplémentaire représentant un visage calme et un autre visage plutôt stressé (nerveux et inquiet) était mise à la disposition de l'intervieweuse pour les besoins d'explications (*voir* Appendice C). Les contextes de nouveauté, de changement et d'inconnu suscitent souvent du stress et de la nervosité

chez les enfants, plus spécifiquement, le fait d'anticiper ou de vivre une nouvelle situation ou un changement (ex.: un déménagement, changement d'école, la première fois où l'enfant va chez son ami ou à un camp de loisir, etc.). À titre illustratif, voici une situation dans laquelle un enfant raconte sa première expérience au cours de gymnastique :

E. : Parce que, la première fois j'allais à ma gym. Quand j'ai vu (...) du monde faire des pirouettes pis des choses de même (...) J'étais nerveuse pis j'ai jamais réussi. Un moment donné, j'ai réussi parce j'ai forcé ma peur. Enlever ma peur. Ma peur est partie (E521).

La deuxième situation stressante la plus rapportée par les enfants est celle qui consiste à présenter un spectacle devant d'autres personnes:

«E : Moi j'ai déjà été extra stressée (...). Ça fait pas longtemps. Mais <euh> vers la fin (...) les dernières semaines de mai, on avait fait un spectacle (...) moi j'avais beaucoup... t'sais les répliques j'en avais comme... quinze. I : Ok. E : J'étais super stressée, j'avais mal au cœur! I : Ah, pis t'avais mal au cœur. E : Pis là tout de suite quand j't'étais rendue dans les coulisses, j'étais comme toute détendue, j'sais pas pourquoi?» (E142).

Les autres situations considérées comme stressantes comprennent les conflits avec les amis ou un membre de la fratrie; les problématiques liées au jeu (ex. : ne pas savoir à quoi jouer, peur de perdre une course ou à un tirage, etc.); être seul (ex. : se retrouver seul parce qu'il n'y a pas d'amis pour jouer ou s'il n'y a personne à la maison, etc.); lors de maladie ou d'accidents; se faire menacer ou recevoir une punition et enfin lors de la passation d'un examen. Les enfants ont aussi nommé des situations de stress positif comme l'anticipation d'un événement agréable :

E : Parce que elle (...) à garderie (...) elle avait hâte de faire ses devoirs donc (...) était stressée(...). Ben elle avait pas commencé, mais à trouvait ça <euh> quand même le fun (E137).

Deux autres contextes de stress sont identifiés par les enfants, mais qui se rapportent exclusivement à eux et non chez les autres : se faire dire non (ex. : pour jouer ou pour l'achat d'un jouet) et le fait d'être témoin de la violence dans les médias :

E. : Mais dans (quand) j'écoute la radio pis, y disent (...) un petit garçon s'est fait battre, s'est fait agresser comme ça, pis, des affaires comme ça.(...) I. : Tu t'sens pas bien. E : Dans (quand), y'a des affaires de meurtre, au soir, comme ça. I.: Pis pourquoi tu t'sens pas bien quand t'entends ça?(...) E. : C'est pour les adultes pis moi, j't'un enfant (E500).

Les enfants reconnaissent la nervosité ou le stress chez les autres par leurs réactions corporelles telles que bouger des parties du corps, trembler ou s'agiter : «I. : Comment tu t'es aperçue qu'elles étaient stressées ? E. : Ben parce qu'y en a qui tremblaient» (E9) . Le stress est plus facilement reconnaissable lorsque les enfants l'expriment verbalement : «E. : Elle était un peu stressée, parce qu'à l'aimait pas ça. I. : Pis comment tu t'es aperçue qu'elle avait peur pis qu'était stressée ? E. : Ben c'parce qu'était avec moi, pis elle me l'a dit» (E115).

Enfin, certains enfants identifient des signes de nervosité par les réactions émotives intériorisées de leurs proches : «E. : y avait comme une p'tite larme qui coulait ici. (...) Une larme à l'œil là» (E145). Plusieurs enfants avaient plus de facilité à nommer spontanément des signes de nervosité qui se rapportent à eux et non aux autres comme dans l'extrait suivant où l'enfant parle de malaises physiques: «E. : C'est quand ça t'arrive quand ça t'arrive? E. : Quand j'ai mal à la tête» (E1).

La nervosité et le stress semblent plus difficiles à reconnaître chez les autres que chez les enfants eux-mêmes. Une douzaine d'enfants n'arrivent pas à donner un exemple de situation stressante chez les autres alors que seulement un ne relate pas d'exemples de situations stressantes qui se rapportent à lui-même. Enfin, les situations de

nouveauté, de changements ou d'inconnu sont beaucoup plus rapportées par les répondants lorsqu'ils parlent de situations qui les concernent.

#### 4.2.5.1 Différences entre le discours des groupes intervention et témoin

De légères distinctions apparaissent entre les propos des enfants ayant pris part au programme et les autres. D'abord, les enfants du groupe témoin sont deux fois plus nombreux à ne pas nommer d'exemples d'un événement stressant chez un autre et à ne pas bien saisir la signification de ce sentiment. Aussi, seuls les enfants du groupe témoin relèvent les situations de passation d'un examen et de violence dans les médias. Les situations de conflits ou de difficultés en amitié sont davantage rapportées et étayées par les enfants du groupe intervention. Le discours de l'enfant du groupe témoin qui s'exprime à ce sujet est succinct : «Quand j'fais d'la chicane» (E500). Au contraire, les enfants ayant participé au programme sont tous plus explicites lorsqu'ils parlent des conflits comme l'illustre cet extrait :

«Ben des fois j'suis stressé à cause que j'suis fâché. Parce que des fois à moment donné (...) j'ai été stressé à cause que moi j'me suis disputé avec mon ami, j'tais stressé parce que je l'savais pas si y serait encore mon ami» (E145).

Les enfants du groupe intervention sont plus nombreux à mentionner les situations nouvelles ou de changement que les enfants du groupe témoin, mais la diversité des événements rapportés est sensiblement la même. Certains thèmes comme ceux du déménagement et de l'arrivée d'un nouveau bébé ne sont quant à eux abordés que par les enfants ayant participé au programme :

E. : Ben c'est que a m'a dit (son amie) qu'elle était un peu stressée parce que sa mère à l'attendait un bébé pis sa mère était déjà partie à l'hôpital. I : OK. E. : Pis à l'était un peu stressée pis à l'avait hâte que la maman revienne pour la voir, mais ça la, à savait pas comment le bébé avait à (...) savait pas. (E12)

E. : Au début de l'année j'connaissais personne pis en plus en plus avant j'habitais à (nom de ville) pis j'avais déménagé ici (nom de la ville actuelle)

plus avoir une autre école. I. : Ah ouais. Alors ça faisait beaucoup de changements. E. : Ouais pis j'aimais pas beaucoup la maison (E109).

Par ailleurs, les thèmes de l'absence du père ainsi que la séparation ne sont relevés que chez les enfants du groupe témoin, comme le montrent ces deux extraits :

«I. : Tu t'sens stressée quand? E. : Quand j'vois pas mon père» (E502)

«E. : Ma mère a écrit des mots dans une feuille. (...) Oui, mais, euh, ma maman genre, elle écrit des messages dans une feuille, ok ? Mon père, là, il voit, il se met triste et se met stressé. Ça veut dire qu'ils vont se séparer parce que moi j'ai peur aussi. I. : Tu as peur qu'ils se séparent ? Ah OK.» (E583).

La reconnaissance des signes de nervosité chez les autres diffère peu entre les groupes. Les enfants du groupe intervention sont les seuls à nommer des comportements de retrait comme signes de nervosité ou de stress : «I. : alors, qu'est-ce qui te disait qu'elle était stressée? E. : Parce que y'étaient vraiment méchants, alors a voulait pus y'aller, pis si a allait, a l'aurait trop peur d'aller» (E26).

#### 4.2.6 Type d'aide souhaité en situation de nervosité (stress)

Que font les enfants lorsqu'ils sont nerveux ou stressés ? Près de la moitié d'entre eux répondent s'organiser tout seuls alors que les autres demandent de l'aide; une faible proportion mentionne les deux. Les enfants demandant de l'aide désirent en grande majorité recevoir soit du soutien émotionnel ou informatif. Le soutien émotionnel invoqué par les enfants consiste à recevoir de l'affection et d'être consolé par un adulte : «I. : pis qu'est-ce que t'aimes que ta maman fasse pour t'aider? E. : Bin, à m'console» (E502). Le soutien de type informatif prend généralement la forme de conseils : «E. : Souvent j'vais dire que j'suis stressée, pis là y va me donner des idées comme aller dans ma chambre pour me détendre (...) peut me proposer (...) des affaires » (E142). Certains des enfants souhaitent recevoir du soutien instrumental de

la part d'un adulte comme de donner un bol à un enfant qui a des nausées ou intervenir directement auprès d'un autre élève de la classe : «E. : J'aimerais ça, (...) qu'elle dise à Zoé de pas être avec nous parce que nous on a des fois envie d'être toutes seules des fois» (E583). Un type de soutien souvent demandé aux adultes consiste à se faire changer les idées : «I. : qu'est-ce que t'aimerais que les autres fassent pour t'aider ? E. : Ben comme m'aider à faire plus d'autres choses. Pour m'aider à pas me le rappeler, à pas y penser» (E542). Enfin, certains enfants ne peuvent identifier une forme d'aide en particulier qui pourrait les aider à surmonter leur stress ou leur nervosité.

Les enfants qui disent s'organiser tout seuls lorsqu'ils sont stressés le font soit parce qu'ils utilisent d'autres moyens pour faire face à ce sentiment soit parce qu'ils n'arrivent pas à s'expliquer pourquoi. Les stratégies les plus souvent invoquées consistent à se calmer et à prendre de grandes respirations : «E. : Ben, je m'organise toute seule. J'prends des gros respire (...). Pis après, j'va chez mon amie pour que je m'en souvienn plus» (E564). Les autres moyens consistent à se changer les idées, regarder la télévision, jouer ou dessiner. Enfin, bien que peu nombreux, certains affirment qu'ils s'organisent seuls parce que leurs parents les incitent à l'autonomie : «I. : Pourquoi tu t'organises toute seule? E. : Parce que sinon (...) mes parents (...) y vont venir pis vont dire : "là, Juliette, essaye de régler ça tout seule, pis nanana...". Fait que j'fais ça tout seule » (E524).

#### 4.2.6.1 Différences entre le discours des groupes intervention et témoin

Certaines catégories de réponses se retrouvent seulement chez les enfants du groupe intervention. Ils sont les seuls à mentionner qu'ils s'organisent seuls parce qu'ils sont timides ou gênés : «E. : J'ai pas le goût de demander de l'aide (...) j'suis timide» (E2). Une enfant du groupe intervention s'organise seul parce qu'il conçoit le

stress comme un sentiment positif : «E. : Si j'suis stressée parce que j'ai hâte, j'ai pas besoin de quelqu'un» (E142). Un autre enfant ne demande pas d'aide parce qu'il ne croit pas que les autres peuvent l'aider lorsqu'il est stressé. Le discours du groupe intervention se distingue par la diversité des moyens utilisés pour faire face aux situations stressantes. Ces enfants sont plus nombreux à nommer les moyens et ils en invoquent plusieurs : «E. : Si j'suis stressée (...) j'm'en va mettons faire du bricolage des choses comme ça, j'dessine des histoires pis (...) ça me remonte le moral, ça fait que le temps passe plus vite » (E33). Le discours des enfants du groupe témoin se distingue peu de celui du groupe intervention. Les enfants du groupe témoin sont plus nombreux à ignorer les raisons qui expliquent pourquoi ils ne demandent pas d'aide lorsqu'ils vivent du stress.

#### 4.2.7 La jalousie

La jalousie est le sentiment le moins bien compris par les enfants et celui qui suscite le plus de réactions. Un grand nombre d'enfants évoquent ne pas vivre ce sentiment, ne le comprennent pas ou semblent plus réticents à avouer qu'ils le ressentent parfois. Les enfants sont généralement moins explicites lorsqu'ils décrivent les situations de jalousie que les situations précédentes. Le type de situations de jalousie qui est le plus rapporté par les enfants est celui où quelqu'un convoite les bénéfices d'un autre ou ses biens (objet, jouet, animal de compagnie, etc.) : «E. : Mon cousin quand j't'arrivé chez lui y'avait un jeu vidéo de *Star Wars*.(...) Pis moi je n'avais pas encore, donc j'étais un p'tit peu jaloux, mais j'm'en ai acheté un de *Shrek*»(E2). Les enfants mentionnent également les situations où ils perçoivent de l'injustice au sein de leur fratrie. Celle-ci peut faire référence au fait qu'un des membres de la fratrie reçoit un cadeau : «quand que mes sœurs, y ont quelque chose pis que moi j'ai rien» (E541). Pour d'autres, l'iniquité réfère davantage à l'attention des parents envers un autre membre de la fratrie :



E. : Parce que ma sœur, comme, à jouait avec mes parents pis là, mes parents voulaient pas que j'joue avec eux. Comme un p'tit peu là, rien qu'une partie d'cartes (...) j'étais jalouse parce que, là, t'sais, les autres y jouaient ensemble pis moi j'tais t'seule (E524).

Plusieurs mentionnent aussi des situations de jalousie en contexte d'amitié. Certains convoitent le fait que leur meilleur ami puisse avoir un autre ami par exemple : «quand j'tais petite j'tais jalouse parce que mon ami avait un autre ami pis j'étais jalouse de son ami» (E522). Les situations de performance scolaire sont aussi mentionnées : «j'me suis (...) senti jaloux pa(r)ce que moi j'avais un B pis un B- pis (...) y'en avait une dans ma classe qui avait A » (E9).

Il n'apparaît pas facile pour les enfants de déceler la jalousie chez quelqu'un d'autre. Les enfants reconnaissent ce sentiment chez l'autre en grande partie parce la personne l'exprime verbalement, rarement directement, mais plus souvent en émettant des commentaires sur l'objet convoité :

E. : Parfois y vont dire : «ah t'es chanceuse d'avoir ça» (E142)» ou «E. : Ben comme y arrive (...) on s'est levé, pis là, on a toute un beau bicycle (...) plus beau bicycle que lui, pis là y arrive y dit : "Moi aussi j'en ai une, moi aussi j'en ai une! ". Toutes les choses (...) y dit: "j'en ai une, j'en ai une, j'en ai une!" (E525).

Les manifestations physiques de jalousie sont plus subtiles. Certains enfants rapportent que le visage est triste, les bras sont croisés, la personne a l'air déçu ou encore qu'elle regarde l'objet qu'elle convoite de façon soutenue. Un des enfants décrit l'expression de la jalousie de façon très évocatrice: «I. : Qu'est-ce qui te laissait croire qu'elle était jalouse ? E. : Elle était comme ça (l'enfant mime) I. : Comment tu pourrais le décrire? (...) E. : Comme si était tannée de comme être mon amie» (E542).

Les enfants identifient plus facilement des situations de jalousie chez eux-mêmes que chez les autres. Ainsi, trois types de situations de jalousie sont invoqués par les enfants, mais seulement lorsque ces situations font référence à des événements qui se rapportent à eux. Outre la perception d'injustice quant à l'attention des parents envers les membres de la fratrie, certains enfants racontent qu'ils sont jaloux lorsqu'un membre de la famille quitte la maison et qu'ils ne peuvent l'accompagner : «E. : Je suis jalouse quand ma mère, elle est pas là. Parce que (...) des fois, ma mère, elle va (...) à quelque part et on vient pas. Elle prend beaucoup de temps» (E598). Enfin, d'autres enfants disent éprouver de la jalousie par exemple lorsqu'ils assistent à un anniversaire qui n'est pas le leur : «E. : Quand les autres c'est sa fête pis là j'aime toujours (que) ça soit ma fête»(E36).

#### 4.2.7.1 Différences entre le discours des groupes intervention et témoin

Comparativement à ceux du groupe témoin, les enfants du groupe intervention ont plus de facilité à reconnaître qu'ils éprouvent de la jalousie en répondant assez spontanément à la question. Les enfants ayant participé au programme sont aussi les seuls à identifier que certaines personnes peuvent être jalouses d'une autre parce qu'elle performe davantage au plan scolaire. Voici une des situations qui s'est déroulée en classe invoquée par un enfant : «E. : Martine elle avait trouvé (...) des solutions (...) qu'on (qui) pourrait rendre les amis heureux. Elle, elle en avait pas trouvé (...) là elle était jalouse» (E137). Les enfants ayant participé au programme se distinguent aussi par la qualité des descriptions des situations de jalousie. Un des enfants décrit avec précisions et justifications pourquoi un de ses amis était jaloux de lui :

E. : Ben j'pense que Simon y'était jaloux de moi (...) parce que mon père travaille à un camp de vacances (...). Donc moi j'peux y'aller quand que j'veux. (...) Pis à mon camp d'vacances y'a plein d'activités (...) Donc j'ai invité ma classe là... pis j'peux, j'ai resté à toutes les étés donc yé jaloux de

moi tu sais! I. : Mais comment tu t'es aperçu qu'il était jaloux. Qu'est-ce qu'il a fait? E. : Ben y a dit des méchantes choses avant le camp d'vacances. Pis comme y voulait, y'essayait de le garder à lui là. I.: Qu'est-ce que tu veux dire ? E.: (...) quand y'arrivait y comme (disait) : "non, j'connais plus le camp que tout le monde". Fait que moi ça fait six ans que moi j'suis là pis lui...ça fait juste deux jours. I. : OK, il essayait de te montrer qu'il le connaissait mieux que toi. E. : Ouais (E2).

Un autre exemple de la richesse du discours, où comme dans l'exemple précédent, plusieurs enfants reconnaissent les signes de jalousie chez leurs amis par leurs commentaires :

E.: Pa(r)ce que moi (...) j'm'avais habillée chic, fait que là elle à l'a dit : "on dirait que tu veux t'habiller chic (...) pour que les gars te courent après" (...) Fait que là à voulait l'avoir pour que les gars puissent courir (après) au lieu (qu') après moi (E33).

Un des enfants du groupe intervention donne un exemple de jalousie qu'il anticipe: «E.: Je sais que j'va être jaloux un moment donné (...). C'est ma tante, a va avoir un chien (...) alors j'vais être jaloux d'elle» (E111). Malgré les nombreuses descriptions détaillées de situations, certains enfants du groupe intervention n'ont pu identifier un exemple précis de jalousie tout en affirmant qu'ils avaient reconnu de la jalousie chez un proche.

Les enfants du groupe témoin sont en mesure de reconnaître la jalousie, mais sont plus nombreux à nier l'éprouver. L'intervieweuse devait parfois leur fournir une définition pour qu'ils puissent donner un exemple de situations de jalousie. Néanmoins, certains enfants du groupe témoin décrivent bien les situations de jalousie des autres. Les situations décrites sont assez diversifiées comme dans le cas où un enfant mentionne qu'un enfant était jaloux de ne pas avoir la responsabilité qui lui incombe habituellement à la récréation : «E. : Elle était jalouse pa(r)ce que (...) les grandes filles, elles ont sorti la corde à danser (...) et c'était pas sa responsabilité.

I. : Alors, elle aurait aimé ça que ça soit sa responsabilité. E. : Ouais, pa(r)ce que c'est elle la responsable des cordes» (598).

En somme, peu de différences de discours sont décelées entre les deux groupes concernant la reconnaissance de la jalousie. Seule distinction, les enfants du groupe intervention semblent un peu plus à l'aise à reconnaître et à décrire les situations de jalousie chez eux et les autres.

#### 4.2.8 Type d'aide souhaité en situation de jalousie

La majorité des enfants affirment seulement s'organiser seuls lorsqu'ils éprouvent de la jalousie. Toutefois, une assez grande proportion d'enfants mentionnent demander de l'aide et s'organiser seuls selon la situation. Le type d'aide souhaité le plus souvent évoqué est le soutien instrumental, qui se résume généralement à demander d'obtenir l'objet de convoitise: «I. : qu'est-ce que tu veux que la personne fasse pour t'aider quand t'es jalouse? E. : J'demande à quelqu'un si j'peux avoir du chocolat» (E502). Une grande partie des enfants ne sont pas en mesure de nommer le type d'aide qu'ils souhaiteraient recevoir lorsqu'ils sont jaloux.

Les enfants qui ne souhaitent pas recevoir un soutien particulier de leurs proches affirment agir de la sorte parce qu'ils ont recours à d'autres moyens pour surmonter leur jalousie. Les stratégies mentionnées sont moins nombreuses que pour les autres sentiments et incluent : ne pas y penser, se calmer, jouer avec l'autre, se parler, etc. :

E. : Si mes frères et sœurs s'en vont à quelque part pis moi j'reste à maison. Ben moi (...) je demande souvent (à mes parents) pour inviter un ami pendant ce temps là' (E115) ou E. : J'laisse ma sœur, elle joue avec mon frère (...) puis j'joue avec mes amis (E543).

À l'instar des enfants qui demandent de l'aide, un grand nombre d'enfants disent ne pas savoir pourquoi ils s'organisent seuls lorsqu'ils sont jaloux. En outre, un bon nombre ne croit pas que les autres peuvent les aider lorsqu'ils vivent ce sentiment.

#### 4.2.8.1 Différences entre le discours des groupes intervention et témoin

Les discours des enfants des groupes intervention et témoin diffèrent peu lorsqu'ils éprouvent de la jalousie. Le désir d'être accompagné n'est mentionné que par un seul enfant du groupe intervention : «I. : Quand tu te sens jaloux, qu'est ce tu veux que les personnes fassent pour t'aider? E. : Qu'y s'occupent plus de moi. I. : Pis comment y peuvent s'occuper de toi? E. : Ben (...) on joue dehors» (E140). Seuls les quelques enfants du groupe intervention affirment ignorer ce qu'ils font lorsqu'ils sont jaloux : «I. : Quand tu te sens jalouse est-ce que tu demandes de l'aide ou tu t'organises toute seule? E. : Ben j'fais pas grand-chose, j'fais juste ben ça m'arrive pas souvent alors j'sais pas ce que j'fais »(E12). Ils sont également plus nombreux à ne pas croire que les autres peuvent les aider lorsqu'ils sont jaloux : «E. : Parce que ça donne rien de aller l'dire, t'sais que je suis jalouse de la fille qui porte une robe pa(r)ce que sinon y vont pas dire : « tu vas lui donner ton linge » (E33). Certains enfants ne parlent pas aux autres de leur jalousie par crainte de taquinerie : «I. : Pourquoi tu t'organises toute seule quand tu te sens un peu jalouse? E. : À cause que si je le dis ben y vont rire de moi (...) y pourraient dire : « c'est pas tellement gentil » (...) Pis j'aimerais pas ça.» (E109).

Alors que le soutien informatif n'est pas invoqué par le discours du groupe intervention, un seul enfant du groupe témoin affirme souhaiter du soutien informatif lorsqu'il est jaloux : «I. : Qu'est-ce que tu aimerais que la personne fasse pour toi si t'étais jalouse? E. : Ben dire que c'est pas bon la jalousie » (E564). Enfin, les

stratégies nommées par les enfants pour composer avec la jalousie sont équivalentes en richesse chez les groupes intervention et témoin.

#### 4.2.9 Sommaire des résultats sur la reconnaissance des émotions

Les émotions difficiles chez les enfants comme la tristesse, la nervosité, la colère et la jalousie sont provoquées par diverses situations. Les conflits entre amis ou membres de la fratrie sont souvent évoqués par les enfants lors de situations de tristesse, de colère ou de nervosité. Les changements et les pertes, tout comme les blessures et la maladie, sont souvent associés à tristesse. Les taquineries et les refus entraînent souvent un sentiment de colère chez les enfants. La nervosité est très souvent associée à des contextes de nouveauté ou au fait de devoir faire des présentations devant plusieurs personnes. Enfin, le sentiment de jalousie est indubitablement celui qui suscite le plus de réactions; de nombreux enfants évoquent n'être jamais jaloux, ne le connaissent pas ou hésitent à affirmer ressentir cette émotion. Le type de situations qui occasionne le plus souvent de la jalousie est de convoiter les avantages (ex. : des biens ou de l'attention) d'une autre personne (amis ou membre de la fratrie). Le discours des enfants au sujet de la tristesse et de la colère est plus riche que celui portant sur la nervosité et la jalousie. Certaines émotions sont donc plus facilement identifiables que d'autres chez les enfants. Les enfants mentionnent moins de manifestations (réactions intériorisées ou extériorisées) pour la jalousie et la nervosité, rendant ces sentiments plus difficiles à déceler chez les autres que chez soi-même. Les enfants ont généralement plus d'aisance à parler des situations qui se rapportent à eux qu'à décrire celles de leurs proches.

Le discours portant sur la reconnaissance de la colère est semblable entre les groupes intervention et témoin. Toutefois, quelques distinctions émergent relativement aux autres émotions discutées. Le discours des enfants du groupe intervention concernant

la tristesse et la nervosité se caractérise par une plus grande importance accordée aux situations de conflits, aux difficultés dans les relations d'amitié ainsi qu'aux changements. Leur discours concernant les conflits met davantage l'accent sur les stratégies pour faire face à la tristesse que celui du groupe témoin. Les enfants du groupe intervention ont plus de facilité à reconnaître la jalousie chez eux que ceux du groupe témoin. Ces derniers sont d'ailleurs plus nombreux à nier l'éprouver. Le sentiment de nervosité semble moins bien compris par les enfants du groupe témoin. Ceux-ci ont plus de difficulté à en saisir la signification et à pouvoir la reconnaître chez les autres. Enfin, la diversité des situations évoquées pour l'ensemble des émotions est relativement semblable d'un groupe à l'autre. Néanmoins, le discours des enfants du groupe intervention, bien qu'il soit davantage empreint des thématiques abordées dans le programme (ex.: conflits, amitiés, et pertes), laisse entrevoir une meilleure reconnaissance de certains sentiments chez soi.

Lorsque les enfants éprouvent de la tristesse, de la colère, de la nervosité ou de la jalousie, certains demandent de l'aide, d'autres tentent d'améliorer la situation seuls et d'autres utilisent les deux approches selon la gravité ou la nature de la situation. Dans l'ensemble, la majorité des enfants affirment demander de l'aide lorsqu'ils sont tristes, nerveux ou en colère alors que ce n'est pas le cas lorsqu'ils sont jaloux. Lorsque les enfants souhaitent recevoir de l'aide, le soutien instrumental qui vise l'intervention d'un adulte est souvent mentionné, et ce, peu importe le sentiment. Ils souhaitent également bénéficier de soutien informatif et recevoir des conseils des autres à l'exception des moments où les enfants éprouvent de la jalousie. Pour sa part, le soutien émotionnel qui consiste à se faire consoler ou réconforter est souvent souhaité par les enfants, mais essentiellement lorsqu'ils sont tristes ou nerveux (stressés).

Le discours concernant le soutien souhaité et les stratégies utilisées pour faire face aux émotions diffère à plusieurs égards entre les groupes intervention et témoin. Toutefois, le discours est similaire entre les deux groupes en ce qui a trait au sentiment de jalousie. Le discours des enfants du groupe intervention en situation de colère ou de tristesse est plus nuancé. Ils sont plus nombreux que ceux du groupe témoin à affirmer demander de l'aide ou s'organiser seuls selon les exigences de la situation. Alors que la nature de l'aide souhaité est généralement semblable entre les deux groupes, une distinction apparaît lorsqu'ils abordent le soutien instrumental souhaité en situation de colère. Dès lors, les enfants du groupe intervention souhaitent non seulement que l'adulte intervienne pour régler le problème, mais qu'il agisse comme un médiateur de conflit. En outre, chez le groupe intervention, les stratégies évoquées lorsque les enfants s'organisent seuls sont plus diversifiées et nombreuses que celles du groupe témoin. Les enfants du groupe témoin sont plus nombreux à ne pas savoir pourquoi ils s'organisent seuls lorsqu'ils sont nerveux (stressés) ou en colère. De même, lorsqu'ils évoquent des moyens qu'ils utilisent lorsqu'ils s'organisent seuls, ceux-ci sont peu développés et plus passifs. En somme, le discours des enfants ayant participé au programme est généralement plus riche et plus détaillé que celui des enfants du groupe témoin.

Lorsque l'on met ces résultats en parallèle avec ceux obtenus par les analyses quantitatives, on constate qu'ils sont entre autres cohérents avec l'amélioration de l'autonomie chez les enfants ayant participé au programme. Le discours des enfants ayant participé au programme ne permet pas d'inférer qu'ils souhaitent recourir davantage au soutien social des autres lors de moment difficiles. Cela constitue plutôt un moyen à envisager seulement lorsque la situation ne peut être résolue par soi-même. De fait, le discours du groupe intervention reflète le but premier du programme, soit d'élargir le répertoire des mécanismes d'adaptation.



### 4.3 Soutien social offert

Le discours au sujet du soutien offert par les élèves a été recueilli par le biais de deux courtes mises en situation sur le conflit et le deuil. La section qui suit permet de documenter les caractéristiques du soutien social offert par les enfants et de dégager les éléments distinctifs qui émergent chez les groupes intervention et témoin.

#### 4.3.1 Soutien offert dans une situation de conflit

Les enfants évoquent plusieurs types de soutien pendant la mise en situation sur le conflit. Celle-ci impliquait des remarques verbales dénigrantes sur la tenue vestimentaire d'un autre enfant devant toute la classe. Le soutien informatif est indubitablement la forme de soutien la plus mentionnée par les enfants. Le principal conseil offert par les enfants consiste à en parler avec un adulte, généralement un parent, enseignant ou un autre membre du personnel scolaire : «E. : Mais tu dois le dire à un adulte, c'est tout. I. : Mais, je vais le dire à qui ? E. : (...) Tu dois dire au professeur qu'il arrête pas de se moquer de moi (...) pour mes pantalons courts, c'est ça» (E598). Plusieurs enfants suggèrent d'en parler à un adulte afin qu'il réprimande l'enfant intimidateur : «E. : Ben dis-le à un adulte (...) Pis comme ça (...) l'adulte pourrait aller le chicaner (...) Lui dire d'arrêter de rire, comme ça y va arrêter de rire» (E139). Le soutien informatif prend aussi la forme de proposition de solutions telles que parler directement avec l'intimidateur pour s'expliquer avec lui : «E. : Il faut que tu lui dis : "Pourquoi tu ris de moi ? Toi aussi, dans ta maison, tu as des pantalons courts"» (E598). D'autres suggèrent de signifier de façon plus affirmée à l'enfant intimidateur que son comportement est dérangeant :

E. : Tu peux tout de suite aller le dire pis comme ça va le rendre timide. I. : J'devrais lui dire à lui ? E. : Ouais. I. : Qu'est-ce que j'devrais lui dire ? E. : Ben tu pourrais lui dire : "arrête, j'aime pas ça !" (...) lui dire : "t'aimerais-tu ça si une autre personne riait de toi ? (...) Moi je sens, je ressens la même chose donc arrête s'il-te plaît sinon je vais le dire" (E2).

Les autres solutions proposées consistent à se calmer, se distraire en pensant à autre chose, à aller jouer ailleurs, à éviter de se trouver en présence de l'intimidateur ou à l'ignorer, etc. :

E. : Prends des grandes respirations pis calme-toi (...) Juste à pas y penser, c'est tout.» (E522) ou «E. : Essaye de pas y penser (...) de penser à quelque chose d'autre (...) à tes nouvelles amies, joue avec tes nouvelles amies, ignore-le (E542).

Le soutien d'accompagnement constitue la deuxième forme de soutien offert par les enfants. Ils proposent d'accompagner la personne qui vit une situation de conflit dans sa démarche pour résoudre la situation. Ce n'est donc pas tant une activité qui permet d'expérimenter un sentiment d'appartenance ou de camaraderie, mais plutôt de connaître une situation d'entraide:

E. : Ben on pourrait aller ensemble le voir (...) pis lui dire d'arrêter (...) Ben on pourrait être ensemble pis s'en parler, si Jason vient te voir encore pour te dire des choses ben on va y d'mander d'arrêter parce que t'aimes pas ça (...) Pis on va essayer de régler l problème (E12).

Moins présent dans les propos des enfants, les soutiens émotionnel et instrumental sont aussi proposés. Le soutien émotionnel mentionné par les enfants est parfois plus subtil. Il ne se compose pas toujours de gestes d'affection, mais aussi de paroles rassurantes comme celle-ci : «I. : qu'est-ce que tu pourrais faire pour m'aider? E. : Si y fait ça une autre fois, viens m'en parler. Pis j'vas (...) te donner (...) un moyen pour qu'y'arrête» (E33). Les enfants qui offrent un soutien instrumental (comme rendre un service) sont peu nombreux. Le type d'aide apportée par les autres enfants consiste à proposer à l'enfant de régler le problème pour lui soit d'aller demander de l'aide ou d'aller parler directement à l'intimidateur comme dans l'exemple suivant: «E.: Je pourrais lui dire à un professeur et peut-être qu'y pourrait régler ça (...) Je pourrais y dire à l'ami que c'est pas très très gentil de dire ça» (E596).

#### 4.2.9.1 Différences entre le discours des groupes intervention et témoin

Le discours des enfants ayant participé au programme diffère à plusieurs égards de celui des enfants n'y ayant pas participé. Les enfants du groupe intervention se distinguent concernant le soutien informatif. Ils sont beaucoup plus nombreux à suggérer à la personne qui vit un conflit d'utiliser comme solution de parler à l'intimidateur et de lui expliquer que son comportement n'est pas adéquat : «E. : Tu lui dis que c'est pas gentil pis que t'aimes pas ça, pis : "peut-être que ça arrivera à toi un jour" (...) J'lui dirais : "C'est pas gentil pis si tu recommences j'va aller le dire à un professeur pis y va te chicaner, ça va te servir de bonne leçon"» (E109).

Enfin, les stratégies proposées par les enfants du groupe intervention sont plus actives, elles visent à régler le problème; par exemple, en ne portant plus de jeans trop courts à l'école, en parlant avec le parent afin qu'il en achète une autre paire, en parlant avec l'intimidateur et en se faisant accompagner, etc.:

E. : Ben tu pourrais arrêter de porter des jeans courts, aussi. (...) Ben dis à ta mère que (...) ton ami y rit de toi parce que t'as des jeans courts pis dis-y de t'acheter des jeans longs (...) Tu pourrais allez dire à ton ami Jason d'arrêter de rire de toi parce que c'est plate dans l'fond (E139).

À l'inverse, les solutions que proposent les enfants du groupe témoin sont souvent plus passives en ce sens qu'elles ne visent pas à régler le problème, mais à fuir, ignorer, se retirer ou jouer ailleurs comme dans l'exemple suivant : «E. : Retire... retire-toi de lui. I. : Qu'est-ce que tu veux dire retirer, me retirer de lui ? E. : Ben, tu peux aller jouer ailleurs» (E543). Les enfants n'ayant pas participé au programme sont beaucoup plus nombreux à suggérer d'ignorer le comportement dérangeant de l'intimidateur : «E. : écoute-le pas (...) Bloque tes oreilles. I. : Bloquer mes oreilles, mais si y continue? (...) E. : Vas jouer ailleurs» (E544).

Autre constat; les enfants ayant participé au programme se distinguent dans leur discours concernant le soutien d'accompagnement. Ils sont plus nombreux à mentionner des comportements d'entraide et à s'impliquer avec l'autre pour résoudre le conflit : «E. : J'veais aller lui parler en premier pis après vous aller vous donner un câlin (...) pis après vous aller vous parler (...) j'veais lui dire que mon amie aime pas ça. (E115)» ou «E. : J'pourrais aller (...) avec toi (...) on lui dirait ben tu peux tu arrêter s'il-vous plaît parce que ça t'agace» (E35).

#### 4.3.2 Soutien offert dans une situation de deuil

La mise en situation impliquant le deuil d'une grand-mère a permis d'identifier plusieurs types de soutien offert par les enfants<sup>8</sup>. Le soutien informatif est celui qui est le plus souvent employé par les enfants. Ils proposent une grande diversité de stratégies à la personne endeuillée afin qu'elle se sente mieux face à la perte de l'être cher. Ils conseillent fréquemment de regarder une photographie de la personne décédée : «E. : Est-ce que tu prends des photos d'elles? (...) T'as juste à les regarder et les afficher sur ton lit (...) comme ça tu y penserais pis ça serait comme si a serait toujours avec toi dans ta chambre » (E109). D'autres suggèrent de trouver des façons pour penser à la personne décédée ou au contraire proposent des moyens pour se changer les idées:

E. : Ben essaye de penser à quelque chose qui va te rendre heureuse. Comme de la crème glacée, de la limonade (...) à quelque chose (...) comme ta maman, ton papa (...) Tu devrais essayer de penser à quelque chose que t'aime vraiment comme des petits jouets, des petits toutous (E542).

Enfin, un grand nombre d'enfants conseillent à l'endeuillé de jouer et de se divertir pour mieux composer avec la perte : «E. : Tu prends un jeu que ta grand-mère aimait

---

<sup>8</sup> Pendant la mise en situation, une petite peluche en forme de canard était offerte à l'enfant et il devait venir en aide à un petit ourson en peluche manipulé par l'intervieweuse.

pis que tu joues avec ton grand-père. Ça veut dire comme mettons que ton grand-père (...) y'était ta grand-mère pis tu t'imagines que c'est ta grand-mère» (E33). Les enfants suggèrent également d'en parler avec un adulte significatif : « E. : Tu pourrais peut-être aller y dire à ta maman que t'es triste (...) Pis elle peut peut-être te dire quelque chose, te consoler» (E564). Plusieurs suggèrent des actions en lien avec certains rituels comme de se rendre au cimetière : «E. : Tu peux aller au cimetière voir sa tombe (...) Tu pourrais prendre des fleurs pis les mettre sur (...) sa tombe, j'crois. Tu pourrais penser à elle» (E12). Le soutien d'accompagnement constitue le deuxième type de soutien le plus invoqué. Les enfants offrent entre autres à la personne endeuillée de se joindre à eux pour venir voir un film ou pour jouer afin qu'ils se changent les idées : «E. : Mais si tu veux tu peux jouer avec moi. » (E8) ou « E. : (...) samedi tu pourrais aller au cinéma avec moi ?» (E137).

Pendant la mise en situation, lorsque les enfants offrent du soutien émotionnel, plusieurs manifestent des gestes d'affection envers l'autre comme des caresses, des chatouilles alors que d'autres manifestent leur soutien par leurs paroles et leur attitude accueillantes. L'extrait suivant est un exemple éloquent de soutien émotionnel qui fait sentir à l'autre qu'il est entouré :

I. : (petite voix) Est-ce qui y'a autre chose que tu pourrais faire pour m'aider parce que j'pense souvent à elle pis quand j'pense à elle ben là j'pleure encore.  
 E. : Ça fait du bien pleurer quand on est triste (...) Moi j'ai, quand (...) mon grand-père (est) mort j'ai pleuré souvent (...), mais après ça j'ai arrêté (...) Ben oui parce que ça passé (...) I. : (petite voix) Ça arrête un moment donné. E. : Ouais (...) Ça passé (...) tu vas continuer à penser (...) à ta grand-mère, mais ça va revenir, tu vas pas avoir <eah> une même façon d'pleurer (...) pis on pourrait s'en parler (E12).

#### 4.2.9.2 Différences entre le discours des groupes intervention et témoin

Les enfants du groupe intervention se distinguent à plusieurs égards. Premièrement, ils sont beaucoup plus nombreux à mentionner le soutien d'accompagnement que le

groupe témoin. Ils s'impliquent personnellement dans la solution proposée à la personne endeuillée : «E. : (...) tu vas t'changer les idées si tu vas jouer avec moi (...) Euh, j'vas aller demander à mes parents si j'pourrais t'inviter à dormir chez moi pour te changer vraiment les idées pis on pourrait jouer longtemps ensemble» (E115).

Deuxièmement, les enfants ayant participé au programme mentionnent une plus grande diversité de stratégies lorsqu'ils offrent un soutien informatif. Certaines rendent légitime le fait de pleurer lorsque l'on vit un deuil : «E. : Ben tu peux (...) pleurer parce qu'ça va t'en... t'en mieux. I. : J'peux continuer à pleurer ça va m'aider? E. : Oui» (E35). D'autres, en plus de mentionner un grand nombre de solutions, suggèrent de passer plus de temps avec l'autre grand-mère qui est vivante :

E. : Ben tu pourrais (...) arrêter de penser à elle pis ça va te l'enlever de la tête (...) Pis tu pourras arrêter de pleurer (...) I. : (petite voix) Pis comment j'pourrais arrêter de penser à elle? E. : Ben en écoutant un film pis en ou serrer un p'tit toutou (...) Tu pourrais essayer d'en voir une autre (rire). I. : (petite voix) D'essayer d'avoir une autre grand-mère? E. : Oui, tu peux voir ton autre grand-mère (E2).

En outre, certains enfants mentionnent des moyens concrets pour évoquer la personne décédée : «E. : Le soir tu pourrais regarder les étoiles ben tu peux essayer de trouver son étoile (...) Pis là toi tu pourrais faire une carte (...) à ta grand-mère (...) Tu pourrais la mettre en dessous ton oreiller (...) pis ta grand-mère va y penser, à la carte» (E12). Enfin, les enfants du groupe intervention mentionnent davantage de stratégies qui font référence aux rites que ceux du groupe témoin. Leur discours est généralement plus clair que celui des enfants du groupe témoin. À titre illustratif, voici les propos d'un enfant du groupe témoin : «I. : Mais elle est décédée, ma grand-maman. Elle est morte. E. : T'as juste (...) à aller à l'église. » (E598). Les propos qui suivent sont ceux d'un enfant du groupe intervention : «E. : Mais tu peux aller voir sa

tombe? (...) Et puis ça va (...) te faire pleurer, mais ça va (...) te redonner des bons souvenirs » (E145).

Les enfants du groupe témoin sont plus nombreux que ceux du groupe intervention à invoquer la solution d'en parler à un adulte lors de situation de deuil. Le discours de ces enfants se distingue essentiellement lorsqu'ils offrent du soutien émotionnel. Alors que les enfants du groupe intervention offrent peu de gestes d'affection, mais plus de paroles rassurantes, les enfants du groupe témoin offrent un soutien émotionnel par des gestes et comportements d'affection comme dans l'extrait suivant:

«I. : (petite voix) Parce qu'avant elle me gardait souvent avec mon grand-papa et maintenant, je ne peux plus la voir... parce qu'elle est décédée d'une maladie. E. : Ah ! Viens dans mes bras. I. : Oui, parce que j'aime ça quand tu me consoles.» (E524).

En somme, lors d'un conflit deux types de soutien social sont principalement offerts par les enfants : le soutien informatif et d'accompagnement. Les enfants suggèrent notamment à l'enfant qui subit des taquineries d'en parler avec un adulte, d'en parler avec l'intimidateur ou d'utiliser des moyens pour se changer les idées ou de se calmer. Le soutien d'accompagnement consiste pour sa part en un comportement d'entraide où il est proposé à l'enfant de l'accompagner dans sa démarche pour régler la situation. Le discours des enfants du groupe intervention se distingue de celui du groupe témoin en ce qui a trait au soutien informatif et d'accompagnement. D'abord, les solutions proposées par les enfants du groupe intervention sont plus actives et visent à résoudre la situation alors que celles mises de l'avant par le groupe témoin sont plus passives et ne visent pas à changer la situation. Enfin, les enfants du groupe intervention sont beaucoup plus nombreux à offrir d'accompagner la personne qui vit un conflit que ceux du groupe témoin.

À l'instar de la situation de conflit, les deux types de soutien les plus offerts pendant la mise en situation de deuil sont le soutien informatif et d'accompagnement. Toutefois, les solutions proposées à l'endeuillé sont plus diversifiées et visent essentiellement à diminuer les affects négatifs en suggérant entre autres d'utiliser les photos de la personne décédée, de se changer les idées ou se divertir pour ne plus penser à la situation. Néanmoins, les enfants offrent plus de soutien émotionnel que lors de la situation de conflit. Les discours des deux groupes diffèrent aussi lors de la situation de deuil. À l'instar de la situation de conflit, les enfants du groupe intervention sont plus nombreux à offrir un soutien d'accompagnement. Ils offrent aussi une plus grande diversité de stratégies. Ils sont plus explicites lorsqu'ils abordent les rites. Les enfants du groupe témoin sont quant à eux plus nombreux à proposer comme solution à l'endeuillé de parler à un adulte significatif. Enfin, alors que ces enfants offrent un soutien émotionnel qui se traduit par des gestes affectueux, ceux du groupe intervention transmettent davantage leur affection verbalement.

#### 4.3.4 Sommaire des résultats sur le soutien offert

En somme, les deux principaux types de soutien social offert lors d'un conflit ou un deuil sont le soutien informatif et d'accompagnement. Le soutien informatif offert pendant le jeu de rôle portant sur une situation de conflit consiste à suggérer des stratégies ayant pour but de régler le problème (ex. : parler avec un adulte ou directement avec l'intimidateur) ou des moyens pour diminuer l'impact émotif de la situation (ex. : proposer des trucs pour se changer les idées ou se calmer). Le jeu de rôle en situation de deuil a pour sa part mené à une plus grande diversité de solutions proposées à l'endeuillé visant essentiellement à diminuer les affects négatifs (ex. : utiliser les photographies de la personne décédée pour pallier à son absence, se changer les idées ou se divertir pour ne plus penser à la situation). En situation de conflit, le soutien d'accompagnement offert comprend les comportements d'entraide



comme de proposer à l'enfant de l'accompagner dans sa démarche pour régler la situation. En situation de deuil, les enfants offrent un soutien d'accompagnement qui invite la personne endeuillée à prendre part à une activité ludique (ex. : visionner un film ou jouer pour se changer les idées). Il est à noter que les enfants offrent plus de soutien émotionnel par des gestes affectueux ou paroles réconfortantes lors des situations de deuil.

Plusieurs distinctions concernent le soutien informatif et d'accompagnement offerts par les enfants des groupes intervention et témoin. Les solutions mises de l'avant par les enfants du groupe témoin sont plus passives et ne visent généralement pas à améliorer la situation. Toutefois, ils sont plus nombreux à proposer à l'endeuillé de parler à un adulte significatif pour améliorer la situation. Chez les enfants du groupe intervention, la nature des solutions proposées pendant le jeu de rôle sur le conflit sont plus diversifiées et visent davantage à résoudre le problème. Ils sont aussi beaucoup plus enclins que ceux du groupe témoin à accompagner la personne qui vit un conflit ou un deuil dans ses tentatives pour amélioration de la situation. En outre, pendant le jeu de rôle sur le deuil, alors que les enfants du groupe témoin offrent un soutien émotionnel en gestes, les enfants du groupe intervention le font davantage en paroles.

Enfin, la qualité de soutien offert par les enfants du groupe intervention n'est pas étrangère aux résultats obtenus par les analyses quantitatives montrant une amélioration de l'autonomie et la coopération. En outre, leur discours quant aux mécanismes d'adaptation à mettre en œuvre pour faire face à certaines de leurs propres émotions et pour aider les autres reflète les objectifs mis de l'avant par le programme *Les amis de Zippy*.

## CHAPITRE V

### DISCUSSION

La présente recherche avait pour but d'évaluer en quoi la participation au programme *Les amis de Zippy* améliore le soutien social chez les enfants. La première section de ce chapitre vise à répondre aux questions de recherche et hypothèses. Par la suite, afin de mettre en perspective les principaux résultats, nous les mettrons en relation avec ceux rapportés dans les évaluations antérieures au programme. Dans un troisième temps, nous examinerons les relations entre le soutien social et l'adaptation socio-affective en regard de l'autonomie et des mécanismes d'adaptation. Dans un quatrième temps, nous discuterons les résultats en fonction des relations enseignant-élève. Ensuite, nous présenterons les implications des résultats pour la recherche. La dernière section porte pour sa part sur les forces et limites de notre recherche.

#### 5.1 Objectif et synthèse des résultats

Avant de rapporter les effets du programme sur le soutien social des enfants, il importe de rappeler que cette étude s'inscrit dans le cadre de l'évaluation québécoise de la version française du programme *Les amis de Zippy* (Dufour et al., 2011). Cette dernière révélait entre autres une mise en œuvre conforme, que le programme était apprécié par les enseignants et les enfants et que les modalités d'implantation influençaient de façon négligeable l'impact du programme chez les enfants. Par ailleurs, l'évaluation qualitative des effets perçus du programme par les enseignants

révèle des améliorations au regard des habiletés de résolution de conflits (ex.: gestion de la colère, résolution plus rapide) et de communication (ex.: mettre des mots sur leurs sentiments). En outre, plusieurs enseignants ont mentionné des gains relatifs à l'amélioration du climat de la classe. Cette mise en contexte permet de situer les effets du programme en fonction de sa mise en œuvre : il est peu probable que les effets observés soient attribuables à une mise en œuvre non conforme à ce qui était prévu.

Le volet quantitatif de la présente étude a documenté les effets du programme sur le soutien perçu de l'entourage, les compétences sociales des enfants et a permis d'explorer les relations entre l'évolution du soutien social perçu et celles reliées à l'adaptation socio-affective des enfants. Ce volet visait à vérifier deux hypothèses. Comparativement aux autres, les enfants ayant participé à *Zippy* : a) S'améliorent davantage par rapport au soutien social qu'ils perçoivent bénéficier de leurs parents, de leur enseignant, de leurs amis et camarades de classe; et b) S'améliorent davantage par rapport à leurs compétences sociales. En outre, on souhaitait explorer si la participation au programme modifiait le lien entre l'évolution des scores du soutien social perçu et l'adaptation socio-affective des enfants, à savoir: est-ce que l'amélioration du soutien social perçu des enfants qui participent au programme est liée à l'amélioration de leur adaptation socio-affective?

Les faits saillants du volet quantitatif montrent que la participation au programme est liée à l'amélioration du soutien social perçu des adultes (enseignants et parents), mais pas celui des camarades de classe ni des amis. Elle augmente aussi la coopération et l'autonomie, deux compétences sociales liées à l'interaction entre l'adulte et l'enfant. Il apparaît ici important de préciser que la coopération et l'autonomie telles que mesurées par le *Profil socio affectif* ne constituent pas des dimensions opposées. Ainsi, lorsqu'un enfant présente un degré élevé d'autonomie cela ne signifie pas qu'il

ne collabore pas avec les autres enfants pour trouver des solutions, mais qu'il est plus apte à faire face aux situations nouvelles et aux difficultés sans avoir toujours recours à l'aide d'un adulte. Il apparaît étonnant, compte-tenu de l'ensemble des activités incluses par le programme *Zippy*, qu'il n'y ait pas davantage d'effets significatifs liés à la participation au programme sur les autres échelles de mesures de compétences sociales. Enfin, l'exploration des liens entre l'évolution des scores du soutien social perçu et le profil socio-affectif des enfants montre qu'ils diffèrent à la fin de l'année selon la participation au programme. Néanmoins, cette distinction ne concerne que les garçons et les liens s'avèrent beaucoup plus forts chez ceux du groupe témoin que chez ceux du groupe intervention. Essentiellement, les résultats montrent que la participation au programme diminue l'association entre l'amélioration du soutien social perçu des enseignants et des parents et certaines dimensions de l'adaptation socio-affective des garçons. À la fin du programme, les garçons dépendent moins du soutien social perçu de l'enseignant pour améliorer leur capacité de contrôle, de tolérance et leurs comportements extériorisés. En outre, certaines corrélations négatives et significatives au plan statistique montrant que plus la perception du soutien social augmente moins certaines compétences socio-affectives s'améliorent sont étonnantes. Comme mentionné au chapitre 3, ces résultats contre-intuitifs et non appuyés par les écrits scientifiques peuvent être attribuables à l'approche exploratoire de la méthodologie employée. Cette démarche peut augmenter les risques d'erreur de type 1, soit de déclarer un résultat significatif alors que celui-ci n'est peut-être pas présent dans la population. Enfin, si les résultats se reproduisent dans les évaluations futures du programme, il serait tout indiqué d'en comprendre la portée.

Le volet qualitatif explorait pour sa part d'autres aspects et compétences reliés au soutien social mis de l'avant par le programme. Ce volet avait pour but de décrire et interpréter le discours de l'ensemble des enfants pour ensuite vérifier d'éventuelles

distinctions en fonction de leur participation au programme. Les questions de recherches étaient les suivantes: a) Quelles formes de soutien social les enfants perçoivent-ils de leur entourage ? b) Dans quelle mesure l'enfant est-il capable de reconnaître plusieurs sentiments difficiles (tristesse, colère, jalousie et nervosité) chez lui-même et chez un autre enfant? c) Lorsque l'enfant vit un sentiment difficile, demande-t-il de l'aide et si oui, quel type d'aide souhaite-t-il recevoir? d) Comment l'enfant aide-t-il un ami confronté à un événement stressant sur lequel cet ami a du contrôle (ex. : un conflit)? Et e) Comment l'enfant aide-t-il un ami confronté à un événement stressant sur lequel cet ami n'a pas de contrôle (ex. : un deuil) ? En outre, le volet qualitatif avait pour but d'ajouter des éléments de compréhension aux résultats du volet quantitatif.

Les faits saillants du volet qualitatif montrent que le discours des enfants ayant participé au programme est généralement plus étoffé que celui de ceux du groupe témoin, entre autres concernant le soutien affectif et d'accompagnement, deux fonctions importantes exercées par les membres du réseau social. Les enfants du groupe intervention reconnaissent plus aisément certaines émotions telles que la jalousie et la nervosité. Les formes de soutien social souhaité sont semblables d'un groupe à l'autre. Les enfants ayant participé au programme ne souhaitent pas recevoir davantage d'aide que ceux du groupe témoin lorsqu'ils vivent des sentiments difficiles. Ici encore, le discours des enfants du groupe intervention s'avère plus nuancé. Notamment, ils sont plus enclins que les enfants du groupe témoin à souhaiter améliorer la situation par eux-mêmes ainsi qu'à demander du soutien si la situation l'exige.

En outre, à l'exception de la jalousie, le discours des enfants ayant participé au programme est empreint d'une plus grande richesse et diversité quant aux stratégies à

employer pour faire face à des sentiments difficiles. La nature du soutien offert par les enfants ayant participé au programme pendant les mises en situation porte davantage sur le soutien d'accompagnement. Ce type de soutien consiste à proposer des activités où l'enfant lui-même accompagne la personne dans ses efforts d'amélioration de la situation. En outre, le soutien informatif offert par les enfants du groupe intervention s'avère plus riche. Les solutions offertes pendant les mises en situation sont davantage centrées sur la résolution de problèmes et s'avèrent plus diversifiées que celles proposées par les enfants du groupe témoin. On peut se questionner sur le fait que le programme ait entraîné peu d'effet quant au soutien souhaité lors de situation de jalousie. Une explication possible pourrait être que la jalousie est un sentiment souvent moins bien perçu socialement par les adultes. Sa définition revêt d'ailleurs une connotation plutôt négative : « sentiment mauvais qu'on éprouve en voyant un autre jouir d'un avantage qu'on ne possède pas ou que l'on désirerait posséder exclusivement » (Le Petit Robert, 1970, p.942). Cette définition laisse croire qu'il est peu souhaitable d'éprouver de la jalousie et ainsi probablement peu acceptable d'en faire part aux autres.

En somme, l'ensemble des effets qualitatifs et quantitatifs indique que la participation au programme influence le soutien social enseignant-élève. Les enfants participant à *Zippy* perçoivent davantage de soutien social de la part de l'enseignant et se sentent importants à ses yeux. Leur discours fait état d'une meilleure reconnaissance des sentiments et ils apparaissent plus aptes à identifier par eux-mêmes les façons de composer avec les difficultés. À la fin du programme, ils font également preuve de plus d'aisance dans le soutien qu'ils sont en mesure d'offrir lors des mises en situation de conflit et de deuil. Enfin, la participation au programme amène les enfants à être plus autonomes et coopératifs. Chez les garçons, la participation au programme les

rend moins dépendants du regard des adultes (soutien social perçu) pour s'améliorer au plan adaptatif.

## 5.2 Liens avec les évaluations antérieures du programme

Plusieurs des résultats obtenus concordent avec les évaluations antérieures du programme menées dans divers pays. D'abord, l'amélioration de la coopération chez les enfants ayant participé au programme s'avère cohérente avec les résultats obtenus par la première étude évaluative en Lituanie et au Danemark (Mishara et Ytsgaard, 2006). Plusieurs recherches antérieures avec groupe de comparaison ont établi que le programme entraînait des effets positifs sur les habiletés sociales des enfants tels que l'affirmation de soi, le contrôle de soi, l'empathie et la reconnaissance des émotions (Clarke et Barry, 2010; Mishara et Ytsgaard, 2006; Monkevicienė, Mishara, Dufour, 2006). Les résultats qualitatifs de la présente étude concordent avec les effets concernant l'amélioration de la reconnaissance des émotions. Il semble toutefois que le programme améliore de façon plus marquée la reconnaissance de la jalousie et de la nervosité. En outre, la présente évaluation montre que la participation au programme est également associée à une plus grande autonomie chez les enfants. Comme dans les études antérieures, le programme s'avère efficace autant chez les garçons que chez les filles. Les tailles des effets rapportés par la présente recherche sont pour leurs parts plus modestes que dans les études précédentes.

Les enfants ayant participé à *Zippy* connaissent des améliorations quant au soutien social qu'ils perçoivent de leur enseignant. Les enfants plus vulnérables de ce groupe ne montrent, quant à eux, pas de diminutions significatives du soutien perçu de leurs parents en comparaison au groupe témoin. Bien que le soutien social perçu par les

enfants n'ait pas fait l'objet des évaluations antérieures, plusieurs données qualitatives appuient l'amélioration des relations enfant-enseignant et enfant-parent.

Paradoxalement, la recherche montre que les enfants du groupe témoin perçoivent davantage de soutien social de la part de leurs camarades de classe à la fin du programme alors que le soutien perçu des enfants du groupe intervention reste stable. Ce résultat étonnant concorde en partie avec des données recueillies sur le climat de classe issues de l'évaluation québécoise du programme. Ainsi, du point de vue des enfants (mais pas selon les enseignants), il y aurait une détérioration dans le climat relationnel entre élèves dans les classes interventions (Dufour et al., 2011). Ces résultats pourraient être préoccupants. Toutefois, les données concernant le climat de classe recueillies auprès des enseignants ne témoignent d'aucun changement significatif à cet égard. Une explication alternative plus positive serait que, suite au programme, les enfants sont plus sensibles à leur environnement social.

En outre, certaines évaluations antérieures de *Zippy* montrent des effets plutôt positifs du programme concernant les interactions entre les enfants (Mishara et Ystgaard, 2006; Clarke et Barry, 2010). Les enfants présentent moins de problèmes dans leurs relations sociales et sont moins égoïstes que ceux n'ayant pas bénéficié du programme (Monkevicienė et al., 2006). Par ailleurs, selon les données qualitatives de l'évaluation menée à Hong-Kong, le programme a des effets positifs sur la communication en classe d'après les enseignants. De l'avis des parents, les enfants participants sont plus gentils et soucieux des autres à la fin du programme (Wong, 2008). Ce constat positif relatif à la capacité des enfants à se préoccuper des autres va dans le sens des résultats des mises en situation réalisées dans la présente étude. En effet, les enfants du groupe intervention semblent mieux disposés que ceux du groupe témoin à offrir un soutien social informatif et d'accompagnement plus approprié.



Les résultats du volet qualitatif de l'étude quant à la reconnaissance des émotions et à l'emploi de mécanismes d'adaptation rejoignent plusieurs constats des évaluations antérieures. La facilité des enfants qui ont participé à *Zippy* à identifier des sentiments (ex. jalousie et la nervosité) est aussi relevée par l'étude de Clarke et Barry (2010) en Irlande. Dans cette étude, la participation au programme améliorait la « littératie » émotionnelle, c'est-à-dire l'habileté à reconnaître et comprendre ses propres sentiments et ceux des autres (Faupel, 2006). Les résultats qualitatifs montrent que les enfants ayant participé au programme utilisent une plus grande diversité de mécanismes d'adaptation lorsqu'ils vivent des sentiments difficiles et offrent un soutien social plus riche lors des mises en situation (entre autres plus de soutien d'accompagnement et informatif). Cette amélioration des mécanismes d'adaptation et des capacités de résolution de problème est rapportée par la majorité des évaluations réalisées dans les autres pays (Clarke et Barry, 2010; Monkevicienė, 2006; Mishara et Ystgaard, 2006; Wong, 2008).

En somme, les résultats des évaluations antérieures du programme concordent en bonne partie avec ceux obtenus dans cette étude. Néanmoins, aucune de ces évaluations n'avait pour but de sonder si la participation au programme était liée à l'amélioration de différentes dimensions du soutien social et ou si elle pouvait influencer les liens entre l'évolution de l'adaptation socio-affective des enfants et le soutien social perçu. Enfin, les études précédentes ne nous informent guère sur les distinctions du discours des enfants qui participent au programme concernant les fonctions qu'exercent le réseau social des enfants, la reconnaissance des sentiments ainsi que le soutien souhaité et offert lors de situations difficiles.

### 5.3 Le soutien social en lien avec l'adaptation socio-affective

Considérant que le soutien social est positivement associé à la santé mentale et à l'adaptation des personnes, quel éclairage apportent les résultats exploratoires concernant le lien entre l'amélioration du soutien social perçu et l'adaptation socio-affective des enfants? Le programme *Zippy* ayant des effets positifs sur la perception du soutien social des adultes, la coopération, l'autonomie et les problèmes internalisés (Dufour et al., 2011), l'analyse exploratoire des liens entre l'évolution des scores au soutien perçu et à l'adaptation socio-affective des enfants permet de mieux comprendre les processus liés aux effets du programme.

Les premiers constats montrent que les corrélations entre l'amélioration des scores du soutien social perçu et l'adaptation socio-affective concernent essentiellement les garçons et que ces associations s'avèrent beaucoup plus fortes chez les enfants n'ayant pas participé au programme comparativement à ceux ayant participé. En effet, les relations les plus positivement liées entre elles concernent le soutien social perçu des adultes avec le contrôle, la tolérance, les compétences sociales et les problèmes extériorisés. Ces résultats suggèrent que la participation au programme diminue l'influence du soutien social perçu des adultes sur plusieurs dimensions du développement socio-affectif des garçons. Cette absence d'effet chez les filles pourrait s'expliquer par un effet plafond puisque ces dernières présentent des scores plus élevés que les garçons. À la lumière des résultats obtenus dans cette étude, une des explications envisageables est que la participation au programme amène les enfants à être plus capables de résoudre les problèmes par eux-mêmes. À priori, cela pourrait nous amener à conclure que cela va à l'encontre d'un des objectifs du programme qui vise à encourager la demande d'aide aux autres. Toutefois, les résultats suggèrent plutôt que la participation au programme entraîne une utilisation plus judicieuse de la demande d'aide par les enfants, autrement dit ceux-ci ne

demandent pas d'aide à chaque petite difficulté qu'ils rencontrent, mais plutôt lorsque la situation exige réellement une aide externe.

#### 5.3.1 L'autonomie : une dimension intrinsèquement liée au soutien social chez l'enfant

Les résultats de cette recherche évaluative montrent que le programme *Zippy* a eu un impact significatif sur la relation enseignant-élève. D'abord, les analyses exploratoires des liens entre l'adaptation socio-affective et le soutien perçu montrent que l'adaptation des enfants *Zippy* s'avère moins tributaire du soutien affectif perçu des adultes que celle des enfants du groupe témoin, mais seulement chez les garçons. En outre, le programme améliore la coopération et l'autonomie, deux compétences sociales témoignant des interactions sociales positives entre l'enfant et les adultes (Dumas et al., 1997). Rappelons ici que la mesure de coopération évalue à quel point l'enfant entretient des relations harmonieuses avec les adultes, et qu'elle comprend des comportements tels qu'accepter de faire des compromis ou aider l'enseignant à accomplir des tâches régulières. L'autonomie réfère pour sa part au degré de fonctionnement des enfants en lien avec la supervision des adultes. Le degré d'autonomie est mesuré selon que l'enfant fait preuve de persistance à résoudre les problèmes par lui-même ou d'initiative dans des situations avec de nouvelles personnes. Un enfant qui obtient un score élevé d'autonomie s'organise avec un minimum de supervision d'un adulte et fait preuve d'attitude de leadership avec ses camarades de classe. Malgré cela, les enfants très autonomes sont en mesure d'obtenir l'attention des adultes lorsque la situation l'exige (ex. lorsqu'ils se font mal).

Peu d'études ont documenté le soutien social chez les enfants en tenant compte de leur développement et de leur adaptation (Hamel, 2001). Nous ne pouvons pas

appréhender le soutien social de la même façon chez les enfants que chez les adultes, car on doit considérer leur développement. Selon Bryant (1994), le soutien social pendant l'enfance est intrinsèquement lié à l'autonomie. S'inspirant de la théorie du développement psychosocial d'Erikson (1959, 1964), il soutient que selon les périodes du développement, les individus cherchent à maintenir un équilibre entre le relationnel et l'autonomie. Cette dualité évolue à travers les années et les normes culturelles. Les sources et les formes de soutien social fluctuent au cours de la vie. À titre d'exemple, les adultes présents dans l'entourage sur une base quotidienne (les parents et enseignants) constituent des sources importantes de soutien social pendant l'enfance (Scales et Gibson, 1996 cités dans Hamel, 2001) et les camarades de classe prennent de plus en plus d'importance au cours de l'adolescence (Hamel, 2001).

Le soutien social pendant l'enfance est donc influencé par les caractéristiques propres à cette période de développement. Les différentes formes et fonctions du soutien social doivent s'adapter aux différentes étapes de développement de sorte que l'enfant puisse réaliser des tâches de développement appropriées à l'environnement dans lequel il évolue (Hamel, 2001). Notamment, l'entrée à l'école constitue une transition importante chez l'enfant. À 6-7 ans, la pensée opératoire permet aux enfants d'acquérir une conception plus fine de leur environnement social (Cloutier, Gosselin Tap, 2005). Les préoccupations des enfants sont moins égocentriques, ils sont donc plus en mesure de prendre en compte la perspective des autres et à s'exprimer de façon plus cohérente. Tout au long de son développement, l'enfant cherche à acquérir les compétences nécessaires pour composer avec les changements et les événements stressants. Il souhaite sentir qu'il est en mesure de résoudre des problèmes et cherche à développer un sentiment d'efficacité personnel (Saarni, Mumme et Campos, 1998 cités dans Dehart, Sroufe et Cooper, 2000).

Selon Bryant (1994), la fonction socialisante du soutien permet à l'enfant de forger des liens sociaux avec les autres tout en lui procurant le détachement nécessaire pour accomplir des tâches en solitaire. L'implication sociale et l'indépendance contribuent chacune au développement et au bon fonctionnement chez l'enfant. Cette interdépendance s'avère cruciale dans le développement de la relation entre l'adulte et l'enfant. Le déséquilibre entre le soutien d'un adulte et l'autonomie peut nuire au bon fonctionnement de l'enfant lorsque le soutien social des adultes est tellement envahissant que toutes opportunités d'autonomie sont exclues. Dans cette perspective, un enfant bien ajusté demande du soutien social lorsque cela s'avère réellement nécessaire, tout en étant capable de résoudre seul certaines difficultés. En ce sens, les résultats montrent que les enfants qui participent à *Zippy* demandent de l'aide à un adulte seulement lorsqu'ils ne peuvent déployer eux-mêmes des stratégies pour composer avec une situation difficile. Cette autonomie accrue s'avère souhaitable du point de vue du développement des enfants. Le programme *Zippy*, dans l'optique d'élargir le répertoire des mécanismes d'adaptation, encourage les enfants à demander de l'aide aux adultes et aux enfants tout comme il met l'accent sur l'importance d'offrir de l'aide lorsque la situation l'exige. Le programme vise donc à promouvoir cet équilibre sain entre dépendance et autonomie chez l'enfant en misant sur les forces de l'enfant afin qu'il soit confortable dans ses relations sociales tout en ayant l'opportunité de développer des mécanismes d'adaptation pour mieux composer avec les événements stressants.

### 5.3.2 Les mécanismes d'adaptation et le soutien social

Au premier chapitre, nous avons vu que plusieurs chercheurs s'accordent à dire que le soutien social agit sur le stress et l'adaptation. Pour certains, le soutien social est considéré comme une ressource aux mécanismes d'adaptation. Et si l'acquisition de

plus de mécanismes d'adaptation à un jeune âge pouvait aussi agir comme ressource au soutien social offert?

Les résultats de notre recherche amènent à réfléchir sur les liens entre le soutien social et les mécanismes d'adaptation des enfants. Le programme a des effets positifs sur le soutien perçu des adultes. Bien que l'évaluation québécoise n'ait pas décelé d'effets significatifs sur l'amélioration des mécanismes d'adaptation en utilisant la version française du *Schoolagers Coping Strategies Inventory*, les changements rapportés par les enseignants ayant animé le programme (Dufour et al., 2011) ainsi que l'analyse du discours des enfants indiquent le contraire. Les enseignants rapportent entre autres des améliorations dans la résolution de conflits et les capacités de communication des enfants. L'analyse qualitative du discours des enfants *Zippy* en comparaison avec celui des enfants du groupe témoin est plus riche concernant les mécanismes d'adaptation. Pendant les mises en situation de deuil et de conflit, les enfants participants au programme offrent davantage de soutien d'accompagnement, proposent à la personne en détresse des solutions plus diverses, actives et qui visent à résoudre la situation. En outre, le discours des enfants *Zippy* insiste moins sur la demande de soutien que celui des enfants du groupe témoin. Ils mentionnent moins souvent souhaiter de l'aide lorsqu'ils vivent un sentiment difficile, mais expliquent ce qu'ils peuvent faire pour composer avec la situation. Les enfants ayant participé au programme semblent mieux outillés pour composer avec les problèmes; ils demandent de l'aide de façon plus parcimonieuse, lorsque cela s'avère vraiment nécessaire. Malgré tout, ce dernier constat s'avère étonnant considérant que le programme *Zippy* encourage les enfants à ne pas hésiter à demander de l'aide à quelqu'un lors de moments difficiles.

Le peu de recherches réalisées auprès des enfants concernant la compréhension des liens entre le soutien social et les mécanismes d'adaptation nous force à nous tourner vers les écrits scientifiques concernant les adultes. Le soutien social n'est pas une ressource statique influençant l'adaptation. La relation entre le soutien social et les mécanismes d'adaptation est bidirectionnelle (Aspinwall, 2004). Les personnes qui ont un répertoire plus vaste de mécanismes d'adaptation sont susceptibles d'offrir un soutien informatif plus riche (des conseils plus diversifiés) que ceux dont le répertoire est plus limité. En outre, les personnes percevant beaucoup de soutien social dans leur entourage sont susceptibles d'être plus enclines à utiliser la demande d'aide comme mécanisme d'adaptation. En revanche, la qualité du soutien offert par l'entourage peut également influencer les probabilités de rechercher du soutien ultérieurement.

Parmi les auteurs ayant étudié le lien entre le soutien social et les compétences adaptatives des enfants, Van Aken (1994) propose un modèle théorique basé aussi sur le caractère transactionnel entre les compétences sociales et le soutien social. Le soutien social constitue une ressource pour l'enfant. Selon le modèle, le répertoire des mécanismes d'adaptation des enfants peut quant à lui être élargi par le soutien social apporté par l'entourage, et ce, surtout lors de l'accomplissement de nouvelles tâches. Les enfants compétents sont aussi plus susceptibles d'être meilleurs à demander et à utiliser le soutien social disponible. Enfin, l'aspect central de ce modèle est que la perception qu'ont les enfants de l'efficacité de leur façon de composer avec les problèmes quotidiens est fortement liée à la disponibilité du soutien social offert par l'entourage.

Par ailleurs, d'autres études portant sur l'adaptation des enfants montrent que l'intensité, la fréquence et la fonction de soutien social utilisé pour composer avec les difficultés peuvent varier en fonction de l'âge (Dumont et Plancherel, 2001). Certains

auteurs notent même une diminution avec l'âge de l'utilisation de mécanismes d'adaptation telle que la recherche de soutien social et une augmentation d'autres mécanismes tels que la restructuration cognitive ou de résolution de problèmes (Bernweig, Eisenberg et Fabes, 1993 cités dans Dumont et Plancherel, 2001). Ainsi, le fait de ne pas souhaiter recevoir une forme de soutien social affectif (qui s'apparente à un mécanisme d'adaptation fondé sur l'attachement) pourrait constituer une stratégie adaptative plus avancée au plan du développement de l'enfant (Dumont et Plancherel, 2001). Ainsi, la recherche plus parcimonieuse de soutien social de la part des enfants qui participent au programme pourrait s'avérer un effet souhaitable au plan du développement.

#### 5.4 Les relations enseignant-élève: processus au cœur des effets du programme

Le début de la scolarisation des enfants est marqué par de moins en moins de supervision des parents et de plus en plus d'influence d'autres adultes signifiants tels que l'enseignant. Le programme *Zippy* intervient à une période transitoire importante lors de laquelle l'enfant exerce plus de contrôle sur ses comportements (Eccles, 1999). Peu de modèles expliquent comment l'écologie de la classe et de l'école influencent les habiletés cognitives, émotives ou sociales des jeunes. Ils portent habituellement sur les influences qui ont un impact sur les habiletés intellectuelles (Roaser et Eccles, 2000). Néanmoins, le modèle de Roeser et Eccles (2000), inspiré de la conception des systèmes de Sameroff (1987), décrit les processus actifs au sein de l'école et de la classe et qui influencent la santé mentale des enfants. Leur modèle part du principe selon lequel l'école est un système comprenant différents niveaux caractérisés par des processus organisés aux plans interpersonnel, éducatif et organisationnel. Les sept niveaux écologiques du modèle sont inter reliés et



s'influencent de façon dynamique. Ils vont de l'individu aux processus d'influence sociétale: 1) tâches académiques; 2) travail en groupe; 3) les pratiques en classe et les caractéristiques de l'enseignant; 4) curriculum éducatif; 5) les organisations dans l'école; 6) relations entre l'école, la maison et la communauté et 7) les gouvernances locale et nationale. Selon le modèle, c'est par le biais des expériences explicites et implicites de ces processus actifs à tous les niveaux que l'école influence la santé mentale ainsi que le développement cognitif, socio-affectif et comportemental des enfants.

Sachant que le programme *Les amis de Zippy* est un programme classe (qui ne vise pas à rejoindre l'ensemble des acteurs de l'école par exemple), il va de soi que celui-ci influence principalement les processus décrits au troisième niveau du modèle concernant les pratiques en classe et les caractéristiques de l'enseignant. À ce niveau, Roaser et Eccles (2000) précisent que les habiletés de l'enseignant à établir une relation de qualité avec les élèves peuvent influencer le développement cognitif et socio-affectif de ceux-ci. Les résultats de l'évaluation des effets du programme montrent que *Zippy* influence les deux échelles de base du PSA (résistant-coopératif et dépendant-autonome) qui mesurent les interactions sociales entre les adultes et les élèves. Rappelons ici que l'ensemble des activités du programme offre à l'enseignant une structure d'animation qui vise à augmenter l'autonomie chez l'enfant de sorte que l'enseignant offre aux élèves l'opportunité de faire des choix, d'identifier et d'évaluer leurs mécanismes d'adaptation. Le rôle de l'enseignant est d'amener l'élève à évaluer lui-même si le moyen identifié procure un plus grand bien-être ou si celui-ci permet d'améliorer la situation problématique. Ce type de pratique promeut l'autonomie et implique l'élève dans ses apprentissages de sorte qu'il se sente valorisé sur le plan de l'estime de soi, ce qui accroît du même coup le sentiment de contrôle chez l'enfant (Deci et Ryan 1985 cités dans Roaser et Eccles, 2000).

À la lumière de ce modèle, il est possible de concevoir comment le cursus du programme *Zippy* peut expliquer certains des effets du programme sur les compétences sociales et le soutien social des enfants. D'abord en communiquant leurs émotions, en apportant des solutions aux difficultés présentées dans le programme, il est possible que les enfants prennent de l'assurance quant à leur capacité à résoudre les problèmes. Les thèmes et activités d'apprentissage du programme sont très proches de la réalité des enfants de cet âge. La diminution des problèmes intériorisés chez les enfants participants, démontrée dans l'étude québécoise (Dufour et al., 2011), résulte peut-être d'une meilleure façon de composer avec les difficultés en classe. En participant au programme, les enfants changent et les interactions entre les élèves et leur enseignant s'améliorent (augmentation significative de l'autonomie et la coopération; deux composantes reliées à l'interaction de l'enfant avec les adultes). En percevant plus de soutien affectif de leur enseignant, les enfants ont l'impression que leur enseignant les considère comme des personnes plus à même d'agir sur des situations. En participant à des activités visant à élargir leur répertoire de mécanismes d'adaptation, ceux-ci deviennent plus autonomes et moins dépendants de l'enseignant pour régler des conflits ou les tracas quotidiens. Si l'on s'attarde à la qualité de leur discours, l'amélioration de l'autonomie et des mécanismes d'adaptation chez les enfants du groupe intervention est palpable. Cette amélioration dans leurs propres capacités à résoudre des problèmes peut expliquer le fait qu'ils soient en mesure d'offrir un meilleur soutien d'accompagnement et informatif que les enfants du groupe témoin. Ainsi, la participation au programme rend les enfants plus susceptibles d'être de meilleurs agents de soutien social pour leur entourage.

### 5.5 Implications des résultats de la recherche

Les résultats de cette recherche permettent de dégager certaines pistes pour la pratique. À l'instar des évaluations antérieures, la participation au programme est associée à des gains significatifs chez les enfants. Nous savions que la participation au programme était associée à l'amélioration des habiletés sociales, des mécanismes d'adaptation et de certains comportements problématiques. Cette recherche vient bonifier la compréhension des effets du programme quant au soutien social perçu, souhaité et offert chez les enfants.

Les effets de ce programme universel sur le soutien social des jeunes enfants nous amènent à nous questionner sur l'importance que nous accordons comme adultes à la capacité des enfants de cet âge à venir en aide aux autres. Pour illustrer ce fait, nous n'avons qu'à considérer la rareté des travaux empiriques portant sur le concept de soutien social chez les enfants alors que celui-ci est largement étudié auprès des adolescents et des adultes. Cette étude montre qu'un programme universel peut avoir un impact significatif à court terme sur la capacité des enfants à demander et à offrir du soutien aux autres. Il serait pertinent d'évaluer si les effets peuvent se maintenir dans le temps. Par ailleurs, il est possible que les résultats représentent la réalité des enfants du Québec et que des différences culturelles puissent entraîner des résultats différents lorsque le programme est offert dans d'autres cultures. Par ailleurs, dans la perspective où le soutien social est considéré comme un facteur de protection reconnue pour promouvoir la santé mentale et prévenir les troubles mentaux (Albee et Ryan Finn, 1993; INSPQ, 2008) un intérêt plus marqué à développer le soutien social dès un jeune âge apparaît souhaitable, voire nécessaire.

Malgré les résultats prometteurs du volet qualitatif de l'étude, il serait pertinent de confirmer les résultats obtenus par des recherches ultérieures. Pour ce faire, il serait opportun d'envisager l'emploi de devis quasi-expérimentaux et l'utilisation d'autres techniques standardisées ou d'observation pour évaluer les effets du programme sur le soutien social des enfants. Par ailleurs, des observations en situations réelles seraient toutes indiquées pour mesurer certaines dimensions du soutien social. Cela permettrait notamment d'évaluer la demande et l'offre de soutien social des enfants lors de situations réelles. L'observation systématique présente souvent l'avantage d'être plus sensible que d'autres mesures indirectes. Toutefois, elle comporte certaines limites rendant son utilisation difficile (Coutu, Provost et Bowen, 2000). C'est, entre autres, une technique coûteuse puisqu'elle nécessite souvent l'embauche et l'entraînement d'observateurs, du budget de déplacement ainsi que du matériel d'observation. Enfin, le caractère restrictif des observations peut s'avérer problématique surtout dans un contexte où l'on cherche à mesurer le comportement des enfants lors de situations difficiles. Par exemple, lors d'un conflit entre amis ou lorsqu'un enfant vit un deuil, ces situations ne se produisent pas fréquemment dans une classe. Malgré les défis posés par l'observation systématique, il est à souhaiter que ce type de mesures puisse faire partie des évaluations futures portant sur les effets du programme. Celles-ci devraient en outre employer des devis longitudinaux auprès d'échantillons plus grands et de populations issues de différents milieux culturels et socio-économiques.

## 5.6 Les forces et limites de la recherche

La nature du devis quasi expérimental du volet quantitatif invite à la prudence quant à l'interprétation des données. Sans permettre des attributions causales, les résultats

suggèrent des associations liées à la participation ou non au programme, et ce, malgré la taille modeste des effets du volet quantitatif de l'étude. Néanmoins, comme le soulignent les auteurs d'une méta-analyse portant sur l'efficacité de programmes de prévention primaire à l'école, lorsque les enfants fonctionnent normalement, on ne peut s'attendre à des changements remarquables de leur part (Kragg, Zeegers, Kok, Hosman et Abu-Saad, 2006). L'échantillonnage non probabiliste amène également à interpréter les résultats avec prudence quant à la généralisation des résultats dans la population. Le mode de recrutement des participants ne permettait pas de contrôle sur plusieurs variables socio-démographiques et socio-économiques des écoles ou des familles des enfants participants. Ces aspects mériteraient d'être étudiés dans les recherches futures, celles-ci devraient alors inclure une bonne représentation des différentes variables contextuelles chez les groupes intervention et témoin. Ce devis comportant un échantillon non équivalent qui compare l'évolution des enfants indépendamment de leur point de départ, les différences initiales entre les groupes peuvent rendre certaines comparaisons difficiles à établir. Le tableau de comparaison des moyennes au prétest sur l'ensemble des scores montrent certaines différences entre les deux groupes au départ (*voir* Appendice G). Ainsi, un effet plafond ou plancher plus important dans un groupe que dans l'autre pour une variable particulière constitue une limite à considérer.

Par ailleurs, on peut également se questionner sur la généralisation à d'autres populations des résultats sur le soutien social perçu puisque qu'environ 50% des enfants ont eu le consentement des parents pour le compléter. Il est possible que ces participants présentent des caractéristiques particulières limitant la généralisation des résultats dans la population. Malgré ce constat, les conditions d'expérimentation du programme présentent l'avantage d'être similaires au contexte de mise en œuvre de *Zippy* au Québec contextes dans lequel les enseignants ont le choix d'animer le

programme dans leur classe. En outre, les résultats du volet qualitatif ne permettent certes pas d'inférer un lien de causalité, mais plutôt de dégager des distinctions à travers le discours des enfants en fonction de la participation ou non au programme. Ces distinctions permettent néanmoins d'appuyer les résultats du volet quantitatif tout en fournissant des pistes de recherches. Les règles de constitution d'un bon échantillon qualitatif sont très différentes de celles d'un échantillon quantitatif. Ici encore, les caractéristiques socio-économiques des familles des enfants participants n'étant pas connu, cela peut avoir occasionné un biais de sélection et expliquer que certains thèmes ont été davantage abordés par un groupe en particulier. D'autre part, les analyses qualitatives n'ayant pas été soumises à un processus d'accord inter-juge constitue une limite à considérer. La connaissance de l'intervieweuse lors des entrevues qualitatives de l'appartenance des enfants aux groupes témoin ou intervention pourrait induire un biais possible dans le déroulement des entrevues. Pour cela, toutes les mesures possibles ont été mises en place pour contrer cet éventuel biais (ex. : utilisation d'un canevas d'entrevue structurée comportant les mêmes questions libellées de la même manière pour tous ainsi que des questions de relances prévues).

Un des apports majeurs de l'étude est d'avoir évalué le soutien social des enfants participants au programme, une dimension qui n'avait pas fait l'objet d'évaluations antérieures. En outre, cette recherche documente le concept de soutien social à partir de la perspective de l'enfant. Peu d'études se sont intéressées à ce concept chez les enfants, l'essentiel des écrits scientifiques portant sur le soutien social se basant sur des recherches auprès d'adultes. Certains pourraient mettre en doute la fiabilité des réponses des enfants entre autres pour des raisons de désirabilité sociale. Même si cela peut constituer une faiblesse de l'étude, nous avons tenté de minimiser ce type de

biais par la nature des questions ainsi que le protocole d'entrevue, par exemple en mentionnant à l'enfant qu'il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses.

Par ailleurs, donner la parole aux enfants exige le respect de conditions éthiques pouvant s'avérer parfois difficiles à mettre en application. Une des limites du processus de cette recherche concerne la prérogative de violation de la confidentialité; en cas de suspicion de compromission de la sécurité ou du développement de l'enfant, le parent a été informé, mais pas l'enfant. Cette condition de violation de la confidentialité aurait-elle dû être mentionnée à l'enfant? Pour certains, le chercheur se doit d'informer l'enfant avant sa participation des modalités limitant la confidentialité, lui fournissant ainsi toute l'information nécessaire pour qu'il puisse donner son accord (Williamson, Goodenough, Kent et Ashcroft, 2005). Peut-être qu'un effort plus grand aurait pu être consenti en ce sens. Il n'est pas simple d'expliquer à un jeune enfant que l'on devra peut-être rompre la confidentialité si celui-ci nous évoque que son bien-être peut-être compromis. En outre, que faire en cas de révélations troublantes d'abus? Certains s'entendent sur le fait qu'il est nécessaire pour le chercheur d'encourager l'enfant à en parler à des adultes qui peuvent venir en aide à l'enfant ou du moins que celui-ci acquiesce à ce que le chercheur en parle avec eux (Alderson et Morrow, 2004 cités dans Fargas-Malet et al., 2010). Mais que peut faire le chercheur si l'enfant refuse d'en parler ou que le chercheur en parle? Selon les législations en matière de protection de la jeunesse en vigueur dans plusieurs territoires, dont le Québec, le chercheur est tenu de briser le silence. Certains émettent des réticences quant à la transmission d'informations sensibles sans l'accord de l'enfant (Hill, 2006). L'enfant devrait être considéré non pas comme un objet de recherche, mais comme un acteur social légitime, en mesure d'affirmer ses valeurs et perspectives propres (Claverling et McLaughlin, 2010). Selon leur point de vue, les règles éthiques liées à l'âge et au développement des

enfants sont trop rigides et nuisent ainsi à l'inclusion des enfants dans les recherches sociales tout comme au sein même de la société.

Outre cet aspect singulier, la pertinence de l'emploi d'un devis d'évaluation employant une méthodologie mixte mérite d'être soulignée. L'emploi d'une méthodologie mixte permet de mettre à profit des qualités propres des approches qualitative et quantitative (Pluye et al., 2009). Le volet quantitatif de l'étude présente l'avantage d'évaluer le soutien perçu des enfants ainsi que leurs compétences sociales par le biais d'instruments de mesure standardisés et validés. Les données quantitatives recueillies auprès d'un échantillon suffisamment grand ont permis d'effectuer des analyses de comparaison entre les groupes intervention et témoin.

Le volet qualitatif offrait pour sa part l'opportunité de dégager des effets du programme que le volet quantitatif n'avait pas permis d'identifier. L'approche qualitative permettait de formuler des questions de recherche étroitement liée aux composantes du programme telles que la reconnaissance des émotions ou le soutien offert. Le devis mixte adoptant une approche complémentaire entre éléments quantitatif et qualitatif apporte une plus grande compréhension des effets du programme tout en permettant une triangulation des résultats d'évaluation. Le volet qualitatif, en complétant les résultats quantitatifs de l'étude, a permis d'acquérir une compréhension plus fine des changements reliés à la participation des enfants au programme.



## CONCLUSION

*Les amis de Zippy* est un programme mis en œuvre en milieu scolaire qui vise à élargir le répertoire des mécanismes d'adaptation. Tout en développant les compétences sociales des enfants, le programme vise également à améliorer le soutien social chez les enfants de sorte qu'ils puissent percevoir, demander et offrir du soutien aux autres lors de moments difficiles. La présente recherche avait pour but d'évaluer en quoi ce programme améliore le soutien social chez les enfants du premier cycle au primaire. L'emploi d'une méthodologie mixte combinant les forces des approches quantitatives et qualitatives a permis de répondre à des hypothèses et questions de recherche étroitement liées aux composantes du programme et aux changements attendus.

Le volet quantitatif de l'étude a mis en lumière que la participation au programme améliorait l'autonomie et la coopération des enfants, deux compétences qui témoignent d'interactions positives et plus fructueuses en classe entre l'enseignant et les élèves. La participation au programme contribue à accroître le soutien social perçu des enfants de deux sources : l'enseignant et le parent. En outre, l'analyse des liens entre l'amélioration de l'adaptation socio-affective et le soutien perçu des enfants montre que le programme diminue l'influence du soutien social perçu des adultes sur l'adaptation socio-affective chez les garçons. Plus spécifiquement, les garçons qui participent au programme sont à la fin de l'année moins dépendants du soutien qu'ils perçoivent recevoir de l'enseignant pour progresser positivement sur le plan des compétences sociales, des comportements extériorisés et des capacités de contrôle.

Le volet qualitatif a permis de dégager des distinctions entre les discours des enfants ayant participé au programme et ceux n'ayant pas participé. Dans l'ensemble, le discours des enfants du groupe intervention s'avère plus étoffé que celui du groupe témoin notamment concernant les fonctions du réseau et la reconnaissance des sentiments tels que la jalousie et la nervosité. Nous aurions en outre pu croire qu'ils évoqueraient demander plus souvent du soutien lors de moments difficiles puisque le programme *Les amis de Zippy* encourage les enfants à demander de l'aide lorsqu'ils vivent des difficultés, mais étonnamment, ce n'est pas ce qui est ressorti des entretiens. De fait, les enfants qui participent au programme ne demandent pas automatiquement plus d'aide que les autres enfants. Ce qui les distingue, c'est plutôt qu'ils sont plus enclins à en demander lorsqu'ils ne peuvent résoudre par eux-mêmes la situation. Leur discours se démarque aussi par la diversité et la richesse des stratégies employées pour faire face aux situations difficiles. Le contenu du programme semble ainsi amener les enfants à être plus confiants dans leurs propres ressources pour faire face aux difficultés et à utiliser plus judicieusement le soutien disponible dans leur réseau social. Par ailleurs, le soutien social offert par les enfants ayant participé au programme montre que l'enrichissement du répertoire des mécanismes d'adaptation peut contribuer à augmenter la capacité des enfants à venir en aide aux autres en offrant un meilleur soutien informatif ainsi que davantage de soutien d'accompagnement.

Ainsi, en alliant les résultats des analyses quantitatives et qualitatives, deux grands aspects émergent. Premièrement, la participation au programme semble influencer principalement la qualité de la relation entre l'enseignant et l'enfant. Ces résultats peuvent s'expliquer par la nature des thèmes abordés dans le cadre du programme ainsi que les modalités d'animation contribuant au développement d'une relation privilégiée entre l'enfant et l'enseignant.

Deuxièmement, les résultats suggèrent que nous ne pouvons appréhender le soutien social de la même façon chez les enfants que chez les adultes sans tenir compte de la période de développement dans laquelle se trouve l'enfant. Le soutien social pendant l'enfance serait d'ailleurs intrinsèquement lié au maintien d'un équilibre entre le relationnel et l'autonomie. Dans cette perspective, un enfant bien ajusté demande du soutien social lorsque cela s'avère réellement nécessaire, tout en étant capable de résoudre seul certaines difficultés.

Le programme, dans l'optique d'élargir le répertoire des mécanismes d'adaptation, encourage l'autonomie chez l'enfant en lui offrant l'opportunité de faire des choix, d'identifier et d'évaluer ses propres mécanismes d'adaptation tout en mettant l'accent sur l'importance de demander et d'offrir de l'aide lorsque la situation l'exige. Les enfants qui participent au programme deviennent plus autonomes et donc moins dépendants de l'enseignant pour régler des conflits ou les tracas quotidiens. L'amélioration dans leurs propres capacités à résoudre des problèmes peut expliquer le fait qu'ils soient en mesure de demander et d'offrir un meilleur soutien à leur entourage. Le programme *Les amis de Zippy* contribue donc à promouvoir cet équilibre sain entre dépendance et autonomie chez l'enfant.

En somme, cette étude montre qu'un programme universel peut avoir un impact significatif à court terme sur le soutien social chez les enfants. Elle nous amène en outre à nous interroger sur l'importance que nous accordons comme adultes à la capacité des enfants de cet âge à demander de l'aide et à venir en aide aux autres. D'ailleurs, la rareté des travaux empiriques portant sur le soutien social chez les enfants témoigne de la faible importance que nous y attachons, alors que ce concept est largement étudié auprès des adolescents et des adultes. De plus, le soutien social étant reconnu comme un déterminant majeur de la santé mentale, il est étonnant de

constater qu'un si faible nombre de programmes visent à accroître ce déterminant chez les enfants et qu'encore très peu d'études évaluent l'impact d'interventions promotrices de santé mentale sur le soutien social des enfants. Enfin, rares sont les recherches qui documentent ce déterminant à partir du point de vue des enfants. La présente étude tentait au contraire de montrer qu'il est pertinent aux plans empirique et théorique d'étudier le soutien social auprès d'une population de jeunes enfants afin que ces derniers soient davantage en mesure de percevoir, de demander ou d'offrir de l'aide lors de moments difficiles. C'est pourquoi d'autres travaux devraient être menés en ce sens et pourraient notamment servir au développement d'interventions visant à améliorer le soutien social chez les jeunes. Ainsi, les résultats de ces recherches seraient susceptibles de jouer un rôle déterminant pour la prévention des troubles mentaux et la promotion de la santé mentale, et ce, très tôt dans la vie.

## APPENDICE A

### OBJECTIFS GÉNÉRAUX ET SPÉCIFIQUES DU PROGRAMME *LES AMIS DE ZIPPY*

### Les objectifs des modules et des séances du programme *Les amis de Zippy*

<p><b>Module 1 : Les sentiments</b></p> <p><b>But :</b> Améliorer les habiletés des enfants à reconnaître différents sentiments et à identifier des stratégies d'adaptation « coping » adéquates pour leur faire face.</p>	<p><b>SÉANCE 1 : ÊTRE TRISTE, ÊTRE HEUREUX</b> Améliorer les habiletés des enfants à reconnaître ce qu'est « être triste » et à identifier des stratégies d'adaptation.</p> <p><b>SÉANCE 2 : ÊTRE EN COLÈRE OU EMBÊTÉ</b> Améliorer les habiletés des enfants à reconnaître les sentiments de colère et d'embêtement et identifier des stratégies d'adaptation pour faire face à ces sentiments.</p> <p><b>SÉANCE 3 : ÊTRE JALOUX</b> Améliorer les habiletés des enfants à identifier le sentiment de jalousie et à identifier des stratégies d'adaptation pour faire face à ce sentiment.</p> <p><b>SÉANCE 4 : ÊTRE NERVEUX</b> Améliorer les habiletés des enfants à identifier la nervosité et à identifier des stratégies d'adaptation pour faire face à ce sentiment.</p>
<p><b>Module 2 : La communication</b></p> <p><b>But :</b> Améliorer les habiletés des enfants à communiquer leurs sentiments.</p>	<p><b>SÉANCE 1 : AMÉLIORER LA COMMUNICATION</b> Améliorer la capacité des enfants à identifier ce qu'est une communication efficace et ce qu'est une communication inefficace.</p> <p><b>SÉANCE 2 : ÉCOUTER</b> Améliorer les habiletés d'écoute des enfants.</p> <p><b>SÉANCE 3 : QUI PEUT NOUS AIDER ?</b> Améliorer les habiletés de l'enfant à demander de l'aide.</p> <p><b>SÉANCE 4 : DIRE CE QU'ON VEUT DIRE</b> Améliorer les habiletés des enfants à dire ce qu'ils veulent dire.</p>
<p><b>Module 3 : Établir et mettre fin à des relations</b></p> <p><b>But :</b> Améliorer les habiletés des enfants à se faire des ami(e)s et à composer avec le rejet et la solitude.</p>	<p><b>SÉANCE 1 : COMMENT GARDER SES AMI(E)S</b> Améliorer les habiletés des enfants à garder leurs ami(e)s.</p> <p><b>SÉANCE 2 : BRISER LA SOLITUDE ET LE REJET</b> Améliorer les habiletés des enfants à développer des stratégies adaptatives face à la solitude et au rejet.</p> <p><b>SÉANCE 3 : COMMENT RÉSOUDRE LES CONFLITS AVEC SES AMI(E)S</b> Améliorer les habiletés des enfants à résoudre les conflits entre amis.</p> <p><b>SÉANCE 4 : COMMENT SE FAIRE DES AMI(E)S</b> Améliorer les habiletés des enfants à se faire des ami(e)s.</p>
<p><b>Module 4 : La résolution de conflits</b></p> <p><b>But :</b> Améliorer les habiletés des enfants à résoudre les conflits.</p>	<p><b>SÉANCE 1 : COMMENT IDENTIFIER UNE BONNE SOLUTION</b> Augmenter les habiletés des enfants à identifier ce qu'est une bonne solution.</p> <p><b>SÉANCE 2 : L'INTIMIDATION ET LES MENACES</b> Améliorer les habiletés des enfants à composer avec des situations impliquant de l'intimidation et des menaces.</p> <p><b>SÉANCE 3 : RÉSOUDRE LES PROBLÈMES</b> Améliorer les habiletés des enfants à résoudre les conflits, particulièrement lorsqu'ils sont en colère.</p> <p><b>SÉANCE 4 : AIDER LES AUTRES À RÉSOUDRE DES CONFLITS</b> Améliorer les habiletés des enfants à aider les autres à résoudre les conflits.</p>

<p><b>Module 5 : Les changements et les pertes</b></p> <p><b>But :</b> Améliorer les capacités des enfants à composer avec les changements et les pertes.</p>	<p><b>SÉANCE 1 : LES CHANGEMENTS ET LES PERTES FONT PARTIE DE LA VIE</b> Aider les enfants à comprendre que les changements et les pertes font partie de la vie.</p> <p><b>SÉANCE 2 : S'ADAPTER À LA MORT</b> Aider les enfants à comprendre que la mort est une composante de la vie et améliorer leur habileté d'adaptation face à des situations comportant perte et deuil.</p> <p><b>SÉANCE 3 : VISITE AU CIMETIÈRE</b> Augmenter l'habileté des enfants à s'exprimer sur la mort et les pertes.</p> <p><b>SÉANCE 4 : CE QU'ON APPREND DES CHANGEMENTS ET DES PERTES</b> Aider les enfants à comprendre que les changements et les pertes peuvent avoir des effets positifs.</p>
<p><b>Module 6 : On s'adapte</b></p> <p><b>But :</b> Améliorer les habiletés des enfants à utiliser une variété de stratégies d'adaptation selon les situations.</p>	<p><b>SÉANCE 1 : DIVERSES FAÇONS DE S'ADAPTER</b> Améliorer les habiletés des enfants à utiliser diverses stratégies d'adaptation.</p> <p><b>SÉANCE 2 : COMMENT AIDER LES AUTRES</b> Améliorer les capacités d'entraide des enfants pour qu'ils aident les autres à s'adapter selon les situations.</p> <p><b>SÉANCE 3 : S'ADAPTER À DE NOUVELLES SITUATIONS</b> Améliorer les habiletés des enfants à utiliser leurs stratégies d'adaptation dans de nouvelles situations.</p> <p><b>SÉANCE 4 : NOUS FAISONS LA FÊTE ENSEMBLE</b> Revenir sur ce que nous avons appris pendant la durée du programme et faire la fête.</p>

## APPENDICE B

EXTRAIT DE DU MATÉRIEL D'ANIMATION DU  
PROGRAMME *LES AMIS DE ZIPPY*



## 2<sup>e</sup> partie: **LE MATÉRIEL**

Cette section présente une partie du matériel utilisé dans Les amis de Zippy : le module 1 – Les sentiments. Vous verrez la page titre, suivi de la première de six histoires lues aux enfants par les animateurs. Des illustrations accompagnant cette histoire sont aussi présentées.

Vous pourrez ensuite vous familiariser avec la logique sous-jacente aux quatre séances du premier module et prendre connaissance des activités réalisées lors de la première séance. Il est aussi possible de prendre connaissance du matériel de même que des photos de groupes en formation sur notre site [www.partnershipforchildren.org.uk](http://www.partnershipforchildren.org.uk)



Veuillez noter que les droits d'auteur pour le matériel présenté dans cette section appartenant à Partnership for Children. Toute utilisation de ce matériel (copie, reproduction ou adaptation) n'est possible que sur autorisation écrite de Partnership for Children



### **MODULE 1**

## **LES SENTIMENTS**

### **Histoire 1: Plein de sentiments**

- Séance 1 : Être triste, être heureux
- Séance 2 : Être en colère ou en colère
- Séance 3 : Être jaloux
- Séance 4 : Être nerveux

---

Histoire 1 Plein de sentiments

---

## Plein de sentiments

C'est l'histoire de trois amis. Leela et Tig sont frère et soeur. Leur meilleure amie s'appelle Sandy. Ils vivent dans une petite ville, sur les bords d'un grand fleuve. Ils s'aiment beaucoup.

Tig et Leela sont jumeaux, ce qui veut dire qu'ils sont nés le même jour et qu'ils ont le même papa et la même maman. Leela est née avant Tig alors elle dit qu'elle est plus âgée que lui. Mais comme elle n'est âgée que d'une heure de plus que son frère, Tig trouve que c'est idiot de dire ça et ils se disputent parfois à ce sujet.

Leela et Tig vivent avec leur papa et leur maman dans une maison proche de la ville. Sandy, leur voisine immédiate, vit avec sa maman et son frère aîné Finn. Elle voit son papa seulement de temps en temps parce qu'il vit dans une autre ville, et que c'est long pour s'y rendre en autobus.

Depuis qu'ils sont nés, ils ont toujours joué ensemble. La maman de Tig et de Leela s'occupait de Sandy pendant la journée quand sa maman à elle était au travail. Les week-ends, la maman de Sandy ou le papa de Tig et de Leela les emmène parfois à la piscine ou au cinéma. De temps en temps, lorsque le papa de Sandy vient les voir, tout le monde va au parc et s'amuse.

Tig, Sandy et Leela sont dans la même classe à l'école ; en fait, ils ont commencé à aller à l'école ensemble, le même jour. Ce jour là, M. Johnson, leur nouveau professeur, avait fabriqué un petit badge pour chaque enfant avec son nom dessus.

## Histoire 1 Plein de sentiments

Fin de  
la lecture  
de la  
séance 4

Une fois tout le monde assis en cercle, chacun a dit son nom à tour de rôle et a raconté quelque chose d'intéressant le concernant. Quand est arrivé le tour de Tig, il a dit : *« Je m'appelle Tig et j'ai un insecte en forme de bâton qui s'appelle Zippy. Il vit dans une boîte, dans ma chambre. »*

Leela se sentait très nerveuse, mais elle a réussi à dire : *« Je m'appelle Leela. Mon frère Tig met souvent Zippy sur mon oreiller et je n'aime pas ça. »*

Alors, M. Johnson a dit à la classe : *« Leela et Tig sont nés le même jour, ce qui veut dire qu'ils sont jumeaux. » « Oui, »* dit Leela, *« mais on ne se ressemble pas comme d'autres jumeaux se ressemblent. »*

Fin de la  
séance 1

*« Est-ce que ça vous plaît d'être jumeaux ? »* leur a demandé M. Johnson. Leela et Tig se sont regardés. Ils n'y avaient jamais vraiment pensé. *« La plupart du temps c'est bien, »* dit Tig, *« tu as toujours quelqu'un pour jouer avec toi. »*

Leela n'est pas tout à fait d'accord. Elle se rappelle l'été dernier, quand Tig a été malade, cloué au lit, et que sa maman s'occupait de lui tout le temps. Toute l'attention de leur maman s'est portée sur Tig et elle s'est sentie jalouse.

Sandy est la suivante : *« Je m'appelle Sandy, je suis la voisine de Tig et de Leela et j'ai un grand frère qui s'appelle Finn. »*

Fin de la  
séance 2  
jusqu'à  
la fin

*« Merci, Sandy, »* a dit M. Johnson. *« Je pense que tout le monde a parlé ? Lorsque vous rentrerez chez vous cet après-midi, je veux que vous cherchiez quelque chose que vous aimez beaucoup et si vous le pouvez, apportez-le en classe demain. Pas d'animal cependant - on ne peut quand même pas remplir la classe avec des chiens et des chats ! »*

## LES AMIS DE ZIPPY 2

© Partnership for Children 2004. Tous droits réservés

---

Histoire 1 Plein de sentiments

---

Tig pensait justement à son insecte-brindille qu'il aime beaucoup. Il se sent en colère contre M. Johnson qui n'autorise pas d'animal en classe. *« Je voulais montrer Zippy à mes copains, »* pense-t-il. *« Ce n'est pas juste. En plus, ce serait drôle d'emmener nos chiens et nos chats et toutes sortes de choses à l'école. M. Johnson n'est pas gentil. »*

pause  
dans la  
lecture  
de la  
séance 1

Tandis qu'ils rentrent chez eux après l'école, Leela sent que Tig a quelque chose sur le cœur. Son visage est bizarre et il n'est pas comme d'habitude, joyeux et plein d'humour.

*« Qu'est-ce qu'il se passe Tig ? »* lui demande-t-elle. *« Rien, »* répond-il.

Mais Leela sait que quelque chose ne va pas. Qu'est-ce qu'elle pourrait bien faire ? Si elle lui repose la question quand ils arriveront à la maison, il va peut-être lui répondre mais il risque aussi de l'envoyer promener, et ça, elle n'en a pas envie.

Quand le papa de Tig et de Leela arrive du travail, ils ont leur repas tous ensemble. Leur papa leur demande comment s'est passé leur premier jour à l'école. *« C'était super, »* dit Leela, *« on a chanté et je connaissais les paroles de plusieurs chansons. »*

*« Et toi, Tig ? »* lui demande papa. *« As-tu fait quelque chose de bien ? »*  
*« Pas vraiment, »* dit Tig. Il vient de décider que l'école est affreuse et qu'il ne veut plus y retourner, jamais. Après le repas, il monte dans sa chambre et se jette sur son lit.

*« Pourquoi tu ne peux pas venir à l'école avec moi, Zippy ? »*, dit-il tout haut. Mais Zippy, l'insecte en forme de brindille, dort sur une branche, dans sa boîte.



Extrait de  
Les amis de Zippy  
Module 1  
Histoire 1  
Illustrations



## MODULE 1 : LES SENTIMENTS

### But du module 1 :

Améliorer les habiletés des enfants à reconnaître différents sentiments et à identifier des stratégies d'adaptation (« *coping* ») adéquates pour leur faire face.

### Pourquoi ce module ?

Gérer les irritants que nous rencontrons au quotidien nécessite l'acquisition de certaines habiletés. Une de ces habiletés de base est la capacité d'identifier nos propres sentiments et de comprendre pourquoi nous agissons de telle ou telle façon lorsque nous sommes confrontés à des sentiments qui nous rendent mal à l'aise.

Certains enfants éprouvent de la difficulté à identifier comment ils se sentent dans diverses situations, et sans cette habileté il leur est difficile de communiquer aux autres leurs émotions et d'identifier des stratégies d'adaptation adéquates. À cause de cette difficulté à exprimer aux autres leurs sentiments, ils risquent de ne pas savoir demander ni recevoir de l'aide. Ils peuvent aussi s'avérer moins en mesure de jouer le rôle d'aidant.

Ce module vise l'amélioration des habiletés des enfants à reconnaître quatre sentiments de base :

**être triste (ou heureux),  
être en colère ou embêté,  
être jaloux  
et être nerveux.**

À cause de l'accent mis ici sur les stratégies d'adaptation, nous nous sommes concentrés sur les sentiments qui peuvent s'avérer pénibles à tout âge. Les identifier peut nous aider à comprendre qu'il nous faut agir afin de nous adapter efficacement à une situation.

Parler de ces sentiments nous conduit naturellement à penser à la manière dont nous y réagissons et à ce que nous faisons pour nous sentir mieux. Cela constitue une introduction au concept de « stratégies d'adaptation » (*coping*).

La **première séance** comprend des activités à travers lesquelles les enfants identifient la tristesse et le bonheur, aussi bien chez eux que chez les autres. Ces activités aident aussi les enfants à identifier ce qu'ils peuvent faire pour se sentir mieux lorsqu'ils sont tristes.

La **deuxième séance** vise l'identification de la colère, par le biais des personnages rencontrés mais aussi à travers les expériences quotidiennes vécues par les enfants. Les exercices mettent l'accent sur la manière d'identifier et d'expérimenter plusieurs façons de se calmer et de se sentir mieux lorsqu'on est en colère ou embêté.

La **troisième séance** porte sur la jalousie et sur ce que nous pouvons faire quand nous nous sentons jaloux.

La **quatrième séance** met l'accent sur le fait de se sentir nerveux et s'intéresse aux sensations physiologiques qui accompagnent la nervosité et aux stratégies d'adaptation qui peuvent aider dans ces situations.

Chacune des séances requiert la mise en place d'expériences qui faciliteront l'apprentissage. Les études montrent que la répétition de ces expériences est essentielle pour s'assurer que les enfants maîtrisent les habiletés ciblées.

## Module 1 : LES SENTIMENTS

### Séance 1 : Être triste, être heureux

#### But du module 1 :

Améliorer les habiletés des enfants à reconnaître différents sentiments et à identifier des stratégies d'adaptation (« coping ») adéquates pour leur faire face.

#### Objectif de la séance 1 :

Améliorer les habiletés des enfants à reconnaître ce qu'est « être triste » et à identifier des stratégies d'adaptation.

#### 1) Introduction

**Durée :** 5 minutes

**Matériel :** L'affiche des règlements (Annexe 1b)

**Procédure :**

- Dites aux enfants que vous allez leur lire une histoire qui concerne des enfants de leur âge. Les personnages principaux sont Tig, sa sœur jumelle Leela et leur amie Sandy. Ces histoires sont drôles, mais il arrive que les personnages aient des problèmes. Chaque semaine, nous allons jouer et faire des activités pour voir comment les personnages des histoires réagissent face à leurs problèmes. Nous allons aussi voir comment agir, comment nous pouvons mieux nous adapter, lorsque nous-mêmes avons des problèmes.

- Dites aux enfants que certaines règles devront être respectées tout au long de ces séances afin d'en faciliter le déroulement et pour que tout le monde puisse travailler ensemble. Demandez-leur quelles règles pourraient s'avérer utiles. Vous pourriez commencer en leur présentant le règlement demandant de « lever la main ».

- Montrez aux enfants l'affiche des règlements et lisez-leur chaque règlement lentement. Demandez aux enfants de les répéter. Demandez-leur de dire pourquoi chaque règlement est une bonne chose. Dites au groupe que vous leur rappellerez les règlements au début de chaque séance.

Il faut lever la main  
si l'on veut parler

Une seule personne parle à la fois

Il faut écouter ce que disent  
les autres

Ne pas dire de choses méchantes

Penser à des choses gentilles à  
dire aux autres

Tu n'es pas obligé de dire  
quelque chose si tu ne veux pas

#### 2) L'histoire

**Durée :** 10 minutes

**Matériel :** Les illustrations requises pour ce module

**Procédure :**

- Lisez la première histoire à propos de Leela, Tig et Sandy. Montrez au groupe les images aux moments appropriés de l'histoire. Faites une pause dans la lecture de l'histoire après le texte souligné à la page 3, paragraphe 1.

- Page 3, paragraphe 1

*M. Johnson n'est pas gentil*

Demandez :

- Comment Tig se sent-il ? (triste, fâché)
- Pourquoi se sent-il triste ?
- Pourquoi se sent-il fâché ?

- Continuez la lecture de l'histoire jusqu'à la fin.

## Les sentiments

## Module 1

**3) Activité 1 : Qu'est-ce qui fait que je me sens heureux ou triste ?**

**Durée :** 10 minutes  
**Matériel :** Papier à dessin  
 Crayons à colorier

**Procédure :**

- Expliquez aux enfants que, comme pour Tig et Léela, il y a des choses qui nous rendent tristes et des choses qui nous rendent heureux.
- Dites-leur que chacun d'eux doit maintenant dessiner quelque chose qui les rend heureux ou quelque chose qui les rend tristes.
- Dites aux enfants qu'ils n'ont que quelques minutes pour faire leur dessin et qu'ensuite, vous leur demanderez de montrer leurs dessins aux autres et d'expliquer ce qu'ils ont dessiné.

**4) Activité 2 : Qu'est-ce que je peux faire quand je me sens triste ?**

**Durée :** 15 minutes  
**Matériel :** Une feuille de papier pour noter les suggestions des enfants

**Procédure :**

- Dites aux enfants qu'ils vont maintenant expliquer brièvement aux autres ce qu'ils ont dessiné.
- Faites asseoir les enfants en cercle et demandez-leur de poser leurs dessins devant eux.
- Invitez les enfants, un à la fois, à montrer leurs dessins et à expliquer ce qu'ils ont dessiné. Demandez-leur d'être brefs dans leurs explications. Demandez à chaque enfant pourquoi il était heureux ou triste.
- Après que chaque enfant s'est exprimé, demandez-lui :
  - Qu'est-ce que tu peux faire quand tu te sens triste à la maison ?
  - Qu'est-ce que tu peux faire quand tu te sens triste à l'école ?
  - Qu'est-ce que tu peux faire quand tu te sens triste avec les amis ?

*Au cours de plusieurs activités, nous recommandons que les suggestions des enfants soient écrites sur une grande feuille de papier et que cette feuille soit collée dans la classe. Ces suggestions peuvent être écrites avec des mots ou encore au moyen d'un simple dessin, selon les habiletés de lecture des enfants.*

**5) Rétroaction**

**Durée :** 5 minutes  
**Matériel :** Feuille pour transcrire  
 la rétroaction (Annexe 1)

**Procédure :**

- Expliquez aux enfants qu'à la fin de chaque séance, nous prendrons quelques minutes pour réfléchir à ce que nous avons fait et comment nous nous sentons.
- Dites aux enfants que vous allez leur distribuer une feuille de papier contenant deux questions. La première concerne leur appréciation des activités. S'ils ont aimé les activités, ils devraient colorier le soleil. S'ils n'ont pas aimé les activités, ils devraient colorier les nuages. La seconde question vise à savoir comment ils se sont sentis pendant les activités. S'ils se sentaient heureux, ils colorient le visage souriant. S'ils se sentaient tristes, ils colorient le visage triste.
- Distribuez une feuille de papier à chaque enfant.
- Demandez aux enfants ce qu'ils ont préféré et ce qu'ils ont moins apprécié durant cette séance. Expliquez leur que si nous n'avons pas le temps de parler de ce que chacun d'entre eux a ressenti, ils peuvent toujours vous en parler plus tard.



## APPENDICE C

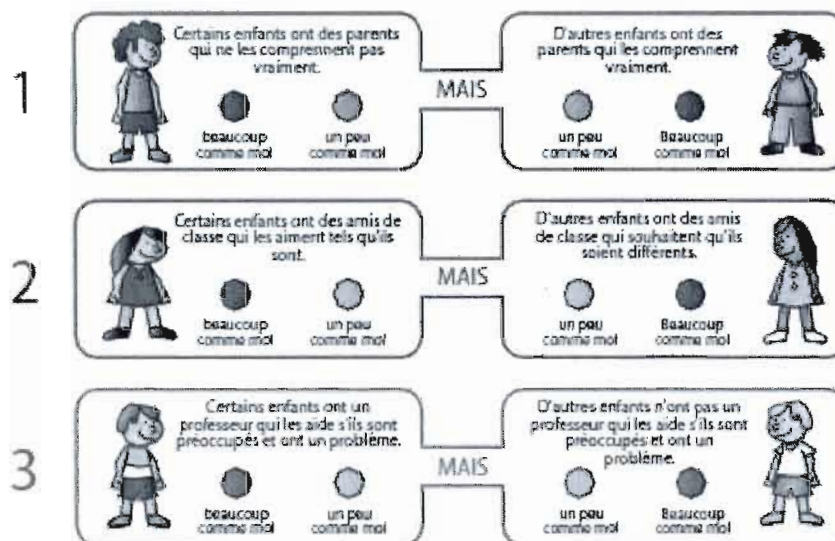
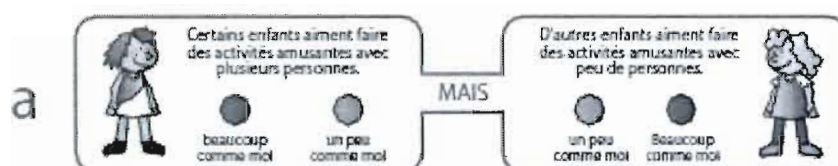
EXTRAIT DE L'INSTRUMENT DE MESURE SSSC (HARTER, 1985)  
ILLUSTRÉ

## LES PERSONNES DANS MA VIE

Harter (1985)

Traduction : Hébert, M., Tremblay, C. et Parent, N. (1997)

### EXEMPLE D'ÉNONCÉS



## APPENDICE D

### PROTOCOLE D'ENTREVUE DU VOLET QUALITATIF

Objectifs	Script	Durée	Matériel nécessaire
Présentation	<i>Bonjour je m'appelle Julie et je travaille avec les autres qui sont venus vous poser des questions tantôt.</i>	2 min.	Enregistreuse (pour toute l'entrevue)
But de l'entrevue	<i>Je te rencontre aujourd'hui parce que j'aimerais connaître ce que tu penses et comment tu es avec les autres. Je vais aussi faire des petits jeux avec toi.</i>		
Obtenir consentement verbal de l'enfant	<i>Il est important que tu répondes ce que tu penses. Je vais enregistrer ce que tu vas me dire pour être certaine que je vais rien oublier de ce que l'on va se dire. Mais tout ce que tu vas me dire restera entre toi et moi. Tu es libre de participer ou non. Si tu veux arrêter l'entrevue tu n'as qu'à me le dire. Est-ce que t'acceptes de participer?</i>		
Activité brise glace "Qui suis-je" et description du réseau de l'enfant (Quelles formes de soutien social les enfants perçoivent-ils de leur entourage?)	<i>Bon pour débiter, j'aimerais que tu m'aides à mieux te connaître. Ton nom c'est X (Écrire le nom de l'enfant sur la feuille.) Est-ce que tu pourrais me dire quelque chose que tu aimes beaucoup faire ? Et quelque chose que tu n'aimes pas ? (Écrire réponses sur la feuille.) Est-ce que tu pourrais me nommer des personnes qui sont importantes pour toi ? Pourquoi ces personnes sont importantes? (Écrire réponses sur la feuille.)</i>	4 min.	Feuille blanche avec un bonhomme au milieu + crayon de couleur
Dans quelle mesure l'enfant est-il capable de reconnaître plusieurs sentiments difficiles (tristesse, colère, jalousie et nervosité) chez lui-même et chez un autre enfant ?	<i>On va jouer à un jeu. Je vais te demander de piger des cartes où il y a un petit personnage qui représente une émotion. À chaque pige tu devras compléter les phrases suivantes :</i> <ul style="list-style-type: none"> <li><i>Je me sens ÉMOTION quand ..."</i></li> <li><i>Dis moi, une fois où tu as vu un de tes amis ressentir cette émotion... Complète la phrase suivante : NOM se sent ÉMOTION quand...</i></li> </ul> <i>Q. de relance : Quels signes te laissaient croire ou qu'est-ce qui te disait que NOM était ÉMOTION ?</i>	6 min.	4 cartes avec une image représentant une émotion différente.

Objectifs	Script	Durée	Matériel nécessaire
Lorsque l'enfant vit un sentiment difficile, demande-t-il de l'aide et si oui, quel type d'aide souhaite-t-il recevoir	<p><i>Toi quand tu te sens 1- triste, 2-nerveux, en 3-colère ou 4-jaloux. est-ce que tu demandes de l'aide ou tu t'organises tout seul?</i></p> <p><i>Si non, pourquoi ? Que fais-tu ?</i></p> <p><i>Si oui, qu'est-ce que tu veux que la personne fasse pour t'aider?</i></p> <p><i>Q. de relance : Penses-tu à autres choses qu'elle pourrait faire pour t'aider ?</i></p>	2 min.	
Comment l'enfant aide-t-il un ami confronté à un événement stressant sur lequel cet ami a du contrôle (ex. conflit)	<p><i>On va faire un jeu de rôle dans lequel moi je jouerai un enfant qui vit quelque chose de pas le fun (une difficulté) et toi tu vas essayer de m'aider.</i></p> <p><i>Je suis fâchée. Mon ami Jason dans ma classe rit de me moi parce que ben dès fois je porte des jeans qui sont trop court, il me dit "T'as de l'eau dans la cave " Moi, je n'aime pas ça.</i></p> <p><i>Q. de relance : Qu'est-ce que tu pourrais faire pour m'aider?</i></p>	3 min.	Jeu de rôles
Comment l'enfant aide-t-il un ami confronté à un événement stressant sur lequel cet ami n'a pas de contrôle (ex. Deuil)	<p><i>Maintenant, on va faire un dernier jeu où je vais faire parler ce toutou là qui ne va pas bien et toi ton toutou va me venir en aide.</i></p> <p><i>Je m'ennuie de ma Grand-mère. Elle me gardait souvent avec mon grand-papa. Maintenant, je ne peux plus la voir...Elle est décédée d'une maladie. Depuis, je suis triste et je pense à elle souvent et je pleure quand je pense à elle.</i></p> <p><i>Q. de relance : Qu'est-ce que tu pourrais faire pour m'aider ?</i></p>	4 min.	Jeu de rôles avec peluche
Conclure l'entrevue	<p><i>Comment as-tu trouvé ton expérience?</i></p> <p><i>Je te remercie beaucoup pour ta participation. Tu as bien fait ça!</i></p>	1 min.	
Total de la durée de l'entrevue		22 min.	

## APPENDICE E

### ILLUSTRATIONS UTILISÉES PENDANT LES ENTRETIENS

ILLUSTRATION DES 4 CARTES DE SENTIMENTS

---



**Je suis  
jaloux(se)**



**Je suis  
stressé(e)**



**Je suis  
triste**



**Je suis  
fâché(e)**

## IMAGE D'UN PERSONNAGE ANXIEUX



CALME

STRESSÉ  
NERVEUX  
INQUIET



## APPENDICE F

### RÉSULTATS NON SIGNIFICATIFS DES ANALYSES DE VARIANCES

**Résultats non significatifs des analyses de variance d'évolution du soutien social  
perçu par les enfants**

	Moyenne (ÉT)		Moyenne	dl	F	P	η <sup>2</sup>
	Pré	Post	d'évolution (ÉT)				partiel
Soutien des amis							
Groupe intervention	3,35 (0,58)	3,56 (0,50)	0,17 (0.64)	1,240	3,36	0,068	0,14
Groupe témoin	3,51 (0,54)	3,49 (0,69)	-0,02 (0,80)				
Filles	3,47 (0,55)	3,55 (0,55)	0,08 (0,71)				
Garçons	3,33 (0,59)	3,45 (0,60)	0,12 (0,72)				
Soutien des parents							
Groupe intervention	3,47 (0,43)	3,53 (0,43)	0,06 (0,51)	1,240	1,28	0,259	0,01
Groupe témoin	3,52 (0,48)	3,49 (0,52)	-0,03 (0,62)				
Filles	3,52 (0,42)	3,54 (0,41)	0,02 (0,52)				
Garçons	3,46 (0,47)	3,49 (0,52)	0,03 (0,60)				
Soutien global							
Groupe intervention	3,36 (0,38)	3,46 (0,37)	0,10 (0.39)	1,240	1,84	0,176	0,008
Groupe témoin	3,43 (0,39)	3,45 (0,45)	0,02 (0,46)				
Filles	3,41 (0,38)	3,49 (0,37)	0,08 (0,43)				
Garçons	3,35 (0,39)	3,41 (0,43)	0,06 (0,42)				

Note : Il n'y a pas d'interaction groupe X sexe pour le score de soutien : Parents ( $F(1,240)=0,02$ ,  $p=0,895$ ; Amis ( $F(1,240)=3,05$ ,  $p=0,082$  et Global ( $F(1,240)=0,84$ ,  $p=0,362$

**Résultats des analyses de variance des scores avec PSA-bas sur la mesure de différence entre les deux temps de mesures des scores de soutien social perçu par les enfants**

	Termes d'interaction	F	P	$\eta^2$ partiel
Soutien des camarades de classe	Groupe X Sexe X PSA-bas	F (1,236)=1,79	0,182	0,008
	Groupe X PSA-bas	F (1,236)=0,40	0,528	0,002
Soutien de l'enseignant	Groupe X Sexe X PSA-bas	F (1,236)=0,381	0,806	≤ 0,0001
	Groupe X PSA-bas	F (1,236)=0,60	0,538	0,002
Soutien des amis	Groupe X Sexe X PSA-bas	F (1,236)=3,17	0,574	0,001
	Groupe X PSA-bas	F (1,236)=1,085	0,299	0,005
Soutien des parents	Groupe X Sexe X PSA-bas	F (1,236)= 1,41	0,235	0,006
	Groupe X PSA BAS	F (1,236)= 4,78	0,030	0,02
Score global de soutien	Groupe X Sexe X PSA-bas	F (1,236)=0,668	0,414	0,003
	Groupe X PSA-bas	F (1,236)=0,328	0,568	0,001

**Explication :** Ces analyses ont pour objectif de vérifier si l'évolution des scores aux échelles de soutien social perçu des deux groupes est en lien avec le facteur PSA-bas. Les enfants qui présentent un score (PSA-bas) se situent au dessous du seuil « pathologique » au PSA. Pour ce faire des analyses de variance à 3 facteurs inter-sujet (groupe, sexe et PSA-bas) sur la mesure de différence entre les deux temps des mesures de chacun des scores sont effectuées. Dans le cas où tous les termes d'interaction contenant les facteurs groupe et PSA-bas sont non-significatifs, nous pouvons conclure que le facteur groupe est indépendante du niveau de PSA. Par conséquent, il n'est pas justifié de nuancer la conclusion de l'effet du programme Zippy selon le niveau de PSA des enfants. Le tableau ci-haut montre que seul l'échelle de soutien des parents présentent une interaction significative incluant les facteurs groupe et PSA-bas. L'analyse de variance à mesure répétées à 4 facteurs sur le score de soutien social perçu des parents présentée dans la section résultat a permis de faciliter l'interprétation de ce résultat.

**Résultats d'évolution sur les autres échelles de compétences sociale du Profil  
socio-affectif des enfants\***

	Moyenne (ÉT)		Moyenne d'évolution (ÉT)	dl	F	P
	Pré	Post				
<b>Déprimé-joyeux</b>						
Groupe intervention	36,60 (7,80)	36,80 (7,59)	0,20 (6,30)	1,561	0,35	0,553
Groupe témoin	37,23 (7,45)	37,17 (7,69)	-0,07 (5,27)			
Filles	37,80 (7,80)	38,44 (7,48)	0,64 (5,61)	1,561	0,37	0,848
Garçons	36,14 (7,39)	35,70 (7,55)	-0,44(5,93)			
<b>Anxieux-confiant</b>						
Groupe intervention	35,86 (8,13)	36,40 (8,07)	0,54 (6,12)	1,560	1,88	0,171
Groupe témoin	36,45 (7,60)	36,33 (8,21)	-0,13 (4,95)			
Filles	37,21 (7,89)	37,37 (8,11)	0,16 (5,60)	1,560	0,33	0,567
Garçons	35,23 (7,73)	35,48 (8,07)	0,25 (5,55)			
<b>Irritable-tolérant</b>						
Groupe intervention	35,58 (8,95)	35,43 (9,35)	-0,15 (6,06)	1,560	0,40	0,530
Groupe témoin	33,94 (9,59)	34,13(10,61)	-0,19 (5,82)			
Filles	37,23 (8,62)	37,49 (8,81)	0,26 (5,72)	1,560	0,23	0,632
Garçons	32,58 (9,35)	32,39 (10,40)	-0,19 (6,12)			
<b>Isolé-intégré</b>						
Groupe intervention	36,10 (7,64)	37,18 (7,62)	1,09 (5,83)	1,560	0,95	0,331
Groupe témoin	36,11 (8,00)	36,73 (7,58)	0,63 (5,39)			
Filles	37,07 (7,48)	38,01 (7,33)	0,94 (5,46)	1,560	0,02	0,878
Garçons	35,24 (8,01)	36,03 (7,72)	0,78 (5,75)			

		Moyenne (ÉT)		Moyenne	dl	F	P
		Pré	Post	d'évolution (ÉT)			
	Groupe intervention	38,16 (7,03)	37,94 (7,66)	-0,21 (4,82)	1,558	0,16	0,690
	Groupe témoin	36,47 (7,47)	36,09 (7,95)	-0,37 (4,88)			
	Filles	39,82 (5,70)	39,63 (5,95)	-0,19 (3,93)	1,558	0,00	0,959
	Garçons	35,09 (7,82)	34,71 (8,58)	-0,38 (5,54)			
Égoïste-prosocial							
	Groupe intervention	34,02 (7,96)	34,64 (8,59)	0,62 (5,63)	1,559	0,11	0,745
	Groupe témoin	33,08 (8,23)	33,89 (8,39)	0,81 (5,57)			
	Filles	36,04 (7,75)	36,99 (7,89)	0,95 (5,41)	1,559	0,51	0,475
	Garçons	31,35 (7,77)	31,85 (8,28)	0,51 (5,75)			
Compétence sociale							
	Groupe intervention	133,21 (31,48)	136,13 (32,73)	2,93 (19,00)	1,558	0,10	0,752
	Groupe témoin	130,94 (29,92)	133,37 (31,53)	2,43 (16,90)			
	Filles	140,28 (29,77)	143,93 (29,61)	3,66 (16,88)	1,558	0,503	0,479
	Garçons	124,80 (29,72)	126,62 (32,14)	1,82(18,86)			

\* Plus le score est élevé, meilleur est le fonctionnement socio-affectif.

Notes, on remarque ci-haut qu'il n'y a pas d'interaction groupe X sexe. Toutefois, quel que soit leur groupe ou le temps, les filles présentent des scores plus élevés que les garçons pour l'ensemble des échelles:

- Déprimé-joyeux  $F(1,561)=13,77$ ,  $p \leq 0,0001$
- Anxieux-confiant  $F(1,560)=9,38$ ,  $p=0,002$
- Irritable-tolérant  $F(1,560)=43,29$ ,  $p \leq 0,0001$
- Isolé-intégré  $F(1,560)=10,11$ ,  $p=0,002$
- Agressif-contrôlé  $F(1,558)=74,09$ ,  $p \leq 0,0001$
- Égoïste-prosocial  $F(1,559)=62,18$ ,  $p \leq 0,0001$
- Compétence sociale  $F(1,558)=45,14$ ,  $p \leq 0,0001$

## APPENDICE G

### COMPARAISONS DES MOYENNES DES GROUPES SUR LES SCORES DU PSA ET SSSC AU PRÉTEST

**Comparaisons des groupes au prétest**  
**(Résultats des tests t pour échantillons indépendants)**

Instrument	Échelle	Groupe	N	Moyenne	Écart-type	Erreur standard moyenne	t	Degrés de liberté	valeur p
PSA	Déprimé-joyeux	Intervention	307	36,623	7,706	0,440	1,349	605	0,178
		Témoin	300	37,457	7,521	0,434			
PSA	Anxieux-confiant	Intervention	307	35,793	8,051	0,460	1,373	604	0,170
		Témoin	299	36,675	7,743	0,448			
PSA	Irritable-tolérant	Intervention	307	35,595	8,906	0,508	2,057	604	0,040
		Témoin	299	34,037	9,742	0,563			
PSA	Isolé-intégré	Intervention	307	36,095	7,551	0,431	0,497	604	0,619
		Témoin	299	36,410	8,049	0,465			
PSA	Agressif-contrôlé	Intervention	307	38,266	7,027	0,401	3,165	602	0,002
		Témoin	297	36,400	7,460	0,433			
PSA	Égoïste-prosocial	Intervention	307	34,056	7,744	0,442	1,482	603	0,139
		Témoin	298	33,088	8,313	0,482			

**Comparaisons des groupes au prétest**  
**(Résultats des tests t pour échantillons indépendants)**

Instrument	Échelle	Groupe	N	Moyenne	Écart-type	Erreur standard moyenne	t	Degrés de liberté	valeur p
PSA	Résistant-coopératif	Intervention	307	39,841	7,215	0,412	1,707	604	0,088
		Témoin	299	40,883	7,807	0,451			
PSA	Dépendant-autonome	Intervention	307	35,145	7,904	0,451	0,410	603	0,682
		Témoin	298	34,888	7,520	0,436			
PSA	Compétence sociale	Intervention	307	133,359	30,979	1,768	0,716	603	0,474
		Témoin	298	131,580	30,097	1,743			
PSA	Problèmes intériorisés	Intervention	307	77,432	12,570	0,717	1,628	604	0,104
		Témoin	299	79,057	11,986	0,693			
PSA	Problèmes extériorisés	Intervention	307	80,643	13,894	0,793	1,136	604	0,256
		Témoin	299	79,256	16,128	0,933			
PSA	Adaptation générale	Intervention	307	291,425	50,047	2,856	0,308	604	0,758
		Témoin	299	290,166	50,598	2,926			



**Comparaisons des groupes au prétest**  
**(Résultats des tests t pour échantillons indépendants)**

Instrument	Échelle	Groupe	N	Moyenne	Écart-type	Erreur standard moyenne	t	Degrés de liberté	valeur p
SSSC	Soutien des parents	Intervention	179	3,465	0,435	0,033	1,078	283	0,282
		Témoin	106	3,524	0,464	0,045			
	Soutien des camarades de classe	Intervention	179	3,348	0,493	0,037	1,535	283	0,126
		Témoin	106	3,248	0,587	0,057			
	Soutien de l'enseignant	Intervention	179	3,249	0,536	0,040	3,352	283	0,001
		Témoin	106	3,460	0,476	0,046			
	Soutien des amis proches	Intervention	179	3,361	0,578	0,043	1,859	283	0,064
		Témoin	106	3,489	0,537	0,052			
	Global de soutien	Intervention	179	3,355	0,383	0,029	1,609	283	0,109
		Témoin	106	3,431	0,379	0,037			

## APPENDICE H

### MATRICES DE CORRELATIONS

**Matrice 1 : Corrélations entre les scores d'évolution (post-pré) au PSA et SSSC selon les groupes (I=intervention et T=témoin)**

Échelles PSA	Gr	Échelles au SSSC				
		Soutien Parents	Soutien Camarades de classe	Soutien Enseignant	Soutien amis	Soutien Global
Déprimé-Joyeux	I	,20*	,02	,15	,09	,17*
	T	,09	-,09	-,06	-,08	-,06
Anxieux-Confiant	I	-,07	-,02	,05	,00	-,01
	T	,08	-,11	-,06	-,18	-,11
Irritable-Tolérant	I	,06	,20*	,10	,10	,17*
	T	,17	-,02	,17	-,19	,02
Isolé-Intégré	I	,02	,10	,10	,05	,10
	T	,16	-,24*	-,08	-,09	-,09
Agressif-Contrôlé	I	,08	,12	,13	,13	,17*
	T	,27*	,03	,30**	-,16	,13
Égoïste-Prosociale	I	-,01	,08	,08	,13	,11
	T	,21	,04	,00	-,06	,06
Résistant-Coopératif	I	,00	,23**	,16	,15	,20*
	T	,06	-,05	,14	-,15	-,02
Dépendant-Autonomie	I	,00	,16*	-,03	,08	,08
	T	,05	-,02	-,03	-,01	,00
Compétence sociale	I	,03	,15	,10	,08	,13
	T	,24*	-,08	,03	-,10	,02
Moins de problèmes intériorisés	I	,06	,11	,10	,09	,14
	T	-,01	-,15	-,13	-,17	-,17
Moins de problèmes extériorisés	I	,05	,14	,16	,18*	,20*
	T	,13	,01	,25*	-,17	,05
Adaptation Générale	I	,05	,17*	,14	,14	,18
	T	,19	-,09	,07	-,16	-

Note: Groupe intervention n=152 ; Groupe témoin n=87.

\* p < 0,05 ; \*\* p < 0,01

**Matrice 2 : Corrélations entre les scores d'évolution (post-pré) au PSA et SSSC chez les filles des deux groupes (I=intervention et T=témoin)**

Échelles au SSSC						
	Gr	Soutien Parents	Soutien Camarades de classe	Soutien enseignant	Soutien amis	Soutien Global
Échelles PSA						
Déprimé- Joyeux	I	,15	,03	,18	,15	,18
	T	,01	,01	-,09	,2	-,01
Anxieux- Confiant	I	-,05	-,08	,06	-,04	-,04
	T	,21	,16	,02	-,01	,13
Irritable- Tolérant	I	,06	,15	,10	,00	,11
	T	-,06	,13	-,07	-,07	-,03
Isolé- Intégré	I	,04	,10	,13	,04	,11
	T	,07	-,14	-,11	-,09	-,10
Agressif- Contrôlé	I	-,04	,06	,06	,05	,05
	T	,06	,24	,10	-,00	,13
Égoïste- Prosocial	I	,01	,03	,03	,10	,06
	T	,10	,07	-,07	-,02	,03
Résistant- Coopératif	I	-,18	,17	,09	,11	,09
	T	-,01	,07	,01	-,01	,02
Dépendant- Autonome	I	,03	,08	-,07	-,06	-,01
	T	,05	,01	-,01	,02	,03
Compétence sociale	I	-,02	,04	,11	,05	,07
	T	,08	-,01	-,04	-,08	-,02
Moins de problèmes intérieurisés	I	,07	,11	,11	,02	,11
	T	,05	,12	-,13	,02	,02
Moins de problèmes extériorisés	I	,02	,10	,02	,06	,07
	T	-,02	,24	,02	,01	,12
Adaptation Générale	I	,02	,10	,11	,05	,10
	T	,06	,08	-,05	-,02	,02

Note: Groupe intervention n=80 ; Groupe témoin n=50

\* p < 0,05 ; \*\* p < 0,01

**Matrice 3 : Corrélations entre les scores d'évolution au PSA et SSSC chez les garçons des deux groupes (I=intervention et T=témoin)**

		Échelles au SSSC				
	Gr	Soutien Parents	Soutien Camarades de classe	Soutien enseignant	Soutien amis	Soutien Global
Échelles PSA						
Déprimé- Joyeux	I	,24*	,01	,13	,03	,16
	T	,20	-,27	-,05	-,20	-,13
Anxieux- Confiant	I	-,09	,08	,04	,05	,03
	T	-,06	-,40*	-,14	-,40*	-,38*
Irritable- Tolérant	I	,06	,25*	,10	,20	,23
	T	,40*	-,18	,44**	-,27	,10
Isolé- Intégré	I	,01	,09	,07	,06	,08
	T	,25	-,35*	-,03	-,09	-,08
Agressif- Contrôlé	I	,14	,18	,20	,21	,28*
	T	,46**	-,18	,51**	-,28	,13
Égoïste- Prosocial	I	-,02	,14	,13	,16	,15
	T	,32	,01	,07	-,08	,10
Résistant- Coopératif	I	,09	,29*	,20	,18	,28*
	T	,15	-,23	,33*	-,33*	-,07
Dépendant- Autonome	I	-,02	,25*	,02	,22	,18
	T	,05	-,07	-,06	-,04	-,04
Compétence sociale	I	,06	,24*	,09	,11	,18
	T	,44**	-,18	,13	-,11	,09
Moins de problèmes intérieurisés	I	,06	,10	,10	,17	,17
	T	-,08	-,45**	-,15	-,36*	-,39*
Moins de problèmes extériorisés	I	,07	,18	,26*	,27*	,30*
	T	,24	-,19	,47**	-,37*	-,01
Adaptation Générale	I	,08	,24*	,17	,21	,26*
	T	,33*	-,31	,21	-,31	-,06

Note: Groupe intervention n=72 ; Groupe témoin n=37; \* p < 0,05 ; \*\* p < 0,01

## RÉFÉRENCES

- Alain, M. (2009). Des systèmes de classification des modèles d'évaluation de programmes d'intervention psychosociale à une proposition d'un modèle intégrateur. Les trois phases du cube : avant-pendant-après. Dans M. Alain & D. Dessureault (dir.), *Élaborer et évaluer les programmes d'intervention psychosociale*. (p. 9-28). Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Albee, G. W., & Ryan Finn, K. D. (1993). An overview of primary prevention. *Journal of Counselling and Development*, 72(2), 115-123.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4<sup>e</sup> éd.). Washington, DC.
- Appleyard, K.E. (2006). *The role of social support relationships in the lives of young high-risk children*. Thèse de doctorat inédite : Université of Minnesota.
- Appleyard, K., Egeland, B., & Sroufe, L. A. (2007). Direct social support for young high risk children: Relations with behavioral and emotional outcomes across time. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 35(3), 443-457.
- Aspinwall, L. G. (2004). Dealing with Adversity: Self-regulation, Coping, Adaptation, and Health. Dans M. B. Brewer & M. Hewstone (dir.), *Applied Social Psychology. Perspectives on social psychology*. (p. 3-27): Malden, MA, US: Blackwell Publishing.
- Aubin, J., C. Lavallée, J. Camirand, N. Audet et al. (2002). *Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois 1999*, Québec : Institut de la statistique du Québec.
- Barrera, M., Jr. (2000). Social support research in community psychology. Dans J. Rappaport & E. Seidman (dir.). *Handbook of community psychology* (p. 215-245). Dordrecht: Kluwer Academic Publishers.

- Barrera, M., Jr., & Prelow, H. (2000). Interventions to promote social support in children and adolescents. Dans D. Cicchetti, J. Rappaport, I. Sandler & R. P. Weissberg (dir.), *The promotion of wellness in children and adolescents*. (p. 309-339). Washington, DC, US: Child Welfare League of America, Inc.
- Barry, M.M., & Jenkins, R. (2007). Implementing mental health promotion. Oxford: Churchill Livingstone.
- Beeman, S. K. (2001). Critical issues in research on social networks and social supports of children exposed to domestic violence. Dans S. A. Graham-Bermann, & J. L. Edleson (dir.), *Domestic violence in the lives of children: The future of research, intervention, and social policy*. (p. 219-234). Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Belfer, M.L. (2008). Child and adolescent mental health disorders : the magnitude of the problem across the globe. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 49(3), 226-236.
- Belle, D. (dir.) (1989). *Children's social networks and social supports*. New-York:Wiley.
- Blanchet, L., Laurendeau, M.C., Paul, D., & Saucier, J.F. (1993). *La prévention et la promotion en santé mentale. Préparer l'avenir*. Boucherville : Gaëtan Morin Éd.
- Bokhorst, C. L., Sumter, S.R., & Westenberg, P. M. (2010). Social support from parents, friends, classmates, and teachers in children and adolescents aged 9 to 18 years: Who is perceived as most supportive? *Social Development*, 12(2), 417-426.
- Boosman, K., M. Van der Meulen, Van Geert, P., & Jackson, S. (2002). Measuring young children's perceptions of support, control, and maintenance in their own social networks. *Social Development*, 11(3), 386-408.
- Bouchard C., Cloutier, R., & Gravel, F. (2006). Différences garçons-filles en matière de prosocialité. *Enfance*, 4, 377-393.
- Bowen, F., Rondeau, N., & Audet, J. (mai, 2003). Symposium : *La prévention de la violence à travers la résolution pacifique de conflits et la médiation : l'expérience de Vers le pacifique*. Présenté au 2<sup>e</sup> Congrès international sur la violence à l'école, Québec.

- Bowlby, J. (1978). Attachment theory and its therapeutic implications. *Adolescent Psychiatry*, 6, 5-33.
- Brent, D.A. (1995). Risk factors for adolescent suicide and suicidal behavior: Mental and substance abuse disorders, family environmental factors, and life stress. *Suicide and Life Threatening Behavior*, 25(Suppl), 52-63.
- Breton, J.-J. Bergeron, L., Valla, J.P., Berthiaume, C., Gaudet, N., Lambert, J.,... Lépine, S. (1997). *Rapport de recherche : Enquête québécoise sur la santé mentale des jeunes de 6 à 14 ans 1992. Volume 2 : Prévalence des troubles mentaux et utilisation des services*, Québec : Hôpital Rivière-des-Prairies et Santé Québec, en collaboration avec le ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Breton, J.-J., Légaré, G., Goulet, C., Laverdure, J., & D'Amours, Y. (2002). Santé mentale. Dans Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois 1999*. (p. 433-450). Sainte-Foy: Institut de la statistique du Québec.
- Browne, G., Gafni, A., Roberts, J., Byrne, C., & Majumbar, B. (2004). Effective/efficient mental health problems for school-age children: A synthesis of reviews. *Social Science & Medicine*, 58(2004), 1367-1384.
- Bryant, B. K. (1994). How does social support function in childhood?. Dans F.Nestmann & K. Hurrelmann (dir.). *Social networks and social support in childhood and adolescence* (p. 23-35). Oxford: Walter De Gruyter.
- Callaghan, P., & Morrissey, J. (1993). Social support and health : A review. *Journal of Advanced Nursing*, 18(2), 203-210.
- Camirand, J., & Dumitru, V. (2011). Profil et évolution du soutien social dans la population québécoise:/ série enquête sur la santé dans les collectivités canadienne. Repéré à [http://www.stat.gouv.qc.ca/publications/sante/pdf2011/zoom\\_sante\\_no29.pdf](http://www.stat.gouv.qc.ca/publications/sante/pdf2011/zoom_sante_no29.pdf)
- Capuano, F., Poulin, F., Verlaan, P., & Vitaro, F. (2001-2004). *Prévention de la violence et du décrochage scolaire : évaluation de l'impact d'un programme implanté à travers le Québec*. Recherche financée par le Conseil québécois de la recherche sociale.



- Capuano, F., Poulin, F., Vitaro, F., Verlaan, P., & Vinet, I. (2010). Le programme de prévention Fluppy : historique, contenu et diffusion au Québec. *Revue de psychoéducation*, 39(1), 1-26.
- Capuano, F., Vitaro, F., Poulin, F., Verlaan, P., Brodeur, M., Gagnon, C., & Giroux, J. (2002-2005). *La prévention des problèmes de comportements à l'enfance : Est-ce que l'impact d'un programme d'intervention varie en fonction du nombre de ses composantes et de sa durée?* Recherche financée par les Instituts de recherche en santé du Canada.
- Caron, J., & Guay, S. (2005). Soutien social et santé mentale: concept, mesures, recherches récentes et implications pour le clinicien. *Santé mentale au Québec*, 30(2), 15-41.
- Caron, J., Latimer, E., Tousignant, M., Raynault, M.-F., & Huang, J. H. (Septembre, 2004). *The mental health and well-being of poor populations in Canada*, communication présentée au « X<sup>e</sup> Congrès de l'International Federation of Psychiatric Epidemiology », Bristol, Angleterre.
- Cavanagh, J.T., Carson, A.J., Sharpe, M., & Lawrie, S.M. (2003). Psychological autopsy studies of suicide: A systematic review. *Psychological Medicine*, 33(3), 395-405.
- Christensen, P., & James, A. (2002). *Research with children: Perspectives and practices*. Londres: Routledge.
- Clarke, A. M., & Barry, M. M. (2010). An evaluation of the Zippy's Friends emotional wellbeing programme for primary schools in Ireland. Galway : Health promotion research centre, National university of Ireland Galway.
- Clavering, E.K., & McLaughlin, J. (2010). Children's participation in health research: from objects to agents? *Child: care, health and development*, 35(5), 603-611.
- Cloutier, R., Gosselin, P., & Tap, P. (2005). *Psychologie de l'enfant*. Montréal : Gaëtan Morin.
- Cocks, A. J. (2006). The ethical maze: Finding an inclusive path towards gaining children's agreement to research participation. *Childhood*, 13(2), 247-266.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2<sup>e</sup> éd). New Jersey: Lawrence Erlbaum.

- Cohen, S., Gottlieb, B. H., & Underwood, L. G. (2000). Social relationships and health. Dans S. Cohen., L. G. Underwood., & B. H. Gottlieb (dir.), *Social support measurement and intervention: A guide for health and social scientists*. (p. 3-25). New York, NY, US: Oxford University Press.
- Comité de la santé mentale du Québec (1994). *Recommandations pour développer et enrichir la politique de santé mentale*, Québec : Les Publications du Québec.
- Comité sénatorial permanent des affaires sociales d.s.e.d.l.t.(2006). *De l'ombre à la lumière. Rapport final sur la transformation des services concernant la santé mentale et la toxicomanie au Canada*. Ottawa : Gouvernement du Canada.
- Compas, B. E., Connor-Smith, J. K., Saltzman, H., Thomsen, A. H., & Wadsworth, M. E. (2001). Coping with stress during childhood and adolescence: Problems, progress, and potential in theory and research. *Psychological Bulletin*, 127(1), 87-127.
- Conseil médical du Québec (2001). *Les maladies mentales : un éclairage contemporain*. Québec : Gouvernement du Québec.
- Coutu, S., Provost, M. A., & Bowen, F. (2000). L'Observation Systématique des Comportements. Une démarche structurée pour une évaluation valide. Dans S. Bouchard & C. Cyr (dir.), *Recherche Psychosociale. Pour harmoniser recherche et pratique* (p. 305-344). Sainte Foy : Presses de l'Université du Québec.
- Croteau, P., Parent, N., & Hébert, M. (Mai, 1999). Étude de la validité de l'échelle des Personnes dans ma vie de Harter (1985). Communication présentée au 67<sup>e</sup> Congrès de l'ACFAS, Ottawa, Canada.
- Cutrona, C.E., & Russel, D. (1990). Type of provisions of social support and specific stress: Toward a theory of optimal matching, Dans B. R. Sarason, I. G. Sarason & G. R. Pierce (dir.), *Social support: An interactional view*. (p. 97-128). Oxford : John Wiley & Sons.
- Dallaire, N. (1998). Enjeux et voies d'avenir de la promotion / prévention, une réflexion dans le champ enfance-jeunesse-famille (Thèse de doctorat inédite). Université de Montréal.
- DeHart, G. B., Sroufe, L. A., & Cooper, R. G. (2000). *Child development : its nature and course 4th ed*. United States of America: McGraw-Hill companies, Inc.

- Delfos, M. F. (2007). *Are you listening to me? Communicating with children from four to twelve years old*. Amsterdam: SWP Publishers.
- DeLongis, A., & Holtzman, S. (2005). Coping in context: The role of stress, social support, and personality in coping. *Journal of Personality. Special Issue: Advances in Personality and Daily Experience*, 73(6), 1-24.
- Denham, S.A., Bassett, H.H., & Wyatt, T. (2007). The socialization of emotional competence. Dans J.E Grusec & P. Hastings (dir.) *Handbook of socialization* (p. 516-542). New-York: Guilford Press.
- Deslauriers, J.P (1991). *Recherche qualitative: guide pratique*. Montréal: Théma.
- Dickinson, P., Coggan, C., & Bennett, S. (2003). TRAVELLERS: A school-based early intervention programme helping young people manage and process change, loss and transition. Pilot phase findings. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 37(3), 299-306.
- Dilworth, J. E. (2002). *Perceived social support, coping behavior, and internalizing/externalizing among urban elementary school students* (Thèse de doctorat inedite). The state university of New-Jersey.
- Dufour, S. (2005). *Les amis de Zippy. Évaluation de la première implantation au Québec*. Montréal: Centre de recherche et d'intervention sur le suicide et l'euthanasie.
- Dufour, S. Denoncourt, J., & Mishara, B.L. (2011). Improving children's adaptation: new evidence regarding the effectiveness of Zippy's Friends, a school mental health promotion program. *Advances in School Mental Health Promotion*, 4(3). 17-27.
- Dumas, J.E., Lafrenière, P.J., Capuano, F., & Durning, P. (1997). *Profil Socio-Affectif (PSA) : Évaluation des compétences sociales des enfants de 2 ans ½ à 6 ans*. Paris : Centre de psychologie appliquée.
- Dumont, M., & Plancherel, B. (2001). *Stress et adaptation chez l'enfant*. Sainte-Foy : Presses de l'Université du Québec.
- Durkheim, E. (1897). *Le suicide*. Paris : Félix Alcan.

- Durlak J.A., Weissberg R.P., Dymnicki, A.B., Taylor, R.D., & Schellinger, K.B. (2011) The impact of enhancing students' social and emotional learning: a meta-analysis of school-based universal interventions. *Child Development*, 82(1), 405-432.
- Durlak, J. A., & Wells, A. M. (1997). Primary prevention mental health programs for children and adolescents: A meta-analytic review. *American Journal of Community Psychology*. Special Issue: Meta-Analysis of Primary Prevention Programs, 25(2), 115-115.
- Eccles, J. S. (1999). The Development of Children Ages 6 to 14. *The Future of Children When School is out Vol. 9*(2), 30-44.
- Fargas-Malet, M., McSherry, D., Larkin E., & Robinson, C. (2010). ECR Research with children: methodological issues and innovative techniques. *Journal of early childhood research*, 8(2), 175-192.
- Felner, R. D., Brand, S., Adan, A. M., Mulhall, P. F., Flowers, N., Sartain, B., & DuBois, D. L. (1993). Restructuring the ecology of the school as an approach to prevention during school transitions: Longitudinal follow-ups and extensions for the School Transitional Environment Project (STEP). *Prevention in Human Services*, 10(2), 103-136.
- Felner, R.D., Ginter, M., & Primevera, J. (1982). Primary prevention during school transition: Social support and environmental structure. *American Journal of Community Psychology*, 10, 225-253.
- Foshee, V. A., Bauman, K. E., Ennett, S. T., Suchindran, C., Benefield, T., & Linder, G. F. (2005). Assessing the effects of the dating violence prevention program "Safe Dates" using random coefficient regression modeling. *Prevention Science*, 6(3), 245-258.
- Fournier, L., Lemoine O, Poulin C., & Poirier LR. (2002) *Enquête sur la santé mentale des Montréalais*. Direction de la santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre.
- Furman, F., & Buhrmester, D. (1992). Age and sex differences in perceptions of networks of personal relationships. *Child Development*, 63, 103-115.

- Gagné, M., & St-Laurent, D. (2010). *La mortalité par suicide au Québec : tendance et données récentes 1981-2008*. Québec : Institut national de santé publique du Québec.
- Giesen, F., Searle, A., Sawyer, M. (2007). Identifying and implementing prevention programmes for childhood mental health problems. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 43, 785-789.
- Gottlieb, B. H. (1987). Using Social Support to Protect and Promote Health. *Journal of Prevention*, 8(1 et 2), 49-70.
- Gouvernement du Canada (2006). *Aspect humain de la santé mentale et de la maladie mentale au Canada*, Ottawa : Ministre des travaux publics et des services gouvernementaux.
- Greenberg, M. T., Domitrovich, C., & Bumbarger, B. (2000). *Effectiveness of prevention programs for mental disorders in school-age children*. Repéré à [http://rtckids.fmhi.usf.edu/conference\\_proceedings.htm](http://rtckids.fmhi.usf.edu/conference_proceedings.htm)
- Greenberg, M. T., Domitrovich, C., & Bumbarger, B. (2001). The prevention of mental disorders in school-aged children: current state of the field. *Prevention and Treatment*, 4(1), 1-62.
- Grignon, R., & Laverdure, J. (1997). *Programme de promotion des habiletés sociales au préscolaire. Implantation à Laval du programme Fluppy, année scolaire 1996-1997. Rapport d'évaluation*. Laval : Direction de la santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Laval.
- Grossman, D. C., Neckerman, H. J., Koepsell, T. D., Liu, P. V., Asher, K. N., Beland, K.,...Rivara, F.P. (1997). Effectiveness of a violence prevention curriculum among children in elementary school: A randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 277(20), 1605-1611.
- Hall, S. (2010). Supporting mental health and wellbeing at a whole-school level: listening to and acting upon children's views. *Emotional and Behavioral Difficulties*, 15(4), 323-339.
- Hamel, M.(2001). *Le soutien social*. Dans M. Hamel., L. Blanchet., & C. Martin (2001). 6- 12- 17 *Nous serons bien mieux ! Les déterminants de la santé et du bien-être des enfants d'âge scolaire* (p.101-132). Québec: Les publications du Québec.

- Hamel, M., Blanchet, L., & Martin, C. (2001). *6- 12- 17 Nous serons bien mieux ! Les déterminants de la santé et du bien-être des enfants d'âge scolaire*. Québec: Les publications du Québec.
- Harter, S. (1985). *Manual for the Social Support Scale for Children*. Denver: University of Denver.
- Herman, H., & Jané-Llopis, E. (2005). Mental health promotion in public health. *Promotion and Education*, (Supplement 2), 42-46.
- Hill, M. (2006) Children voices on ways of having a voice: Children's and young people's perspectives on methods used in research and consultation. *Childhood*, 13(1), 69-89
- Hill, M., Laybourn, A., & Borland, M. (1996). Engaging with primary-aged children about their emotions and well-being: Methodological considerations. *Children & Society*, 10, 129-144.
- Houle, J. (2005). *La demande d'aide, le soutien social et le rôle masculin chez des hommes qui ont fait une tentative de suicide* (Thèse de doctorat inédite), Université du Québec à Montréal.
- Hupcey, J.E (1998). Social support : Assessing conceptual coherence. *Qualitative Health Research*, 8(3), 304-318.
- Institut canadien d'information sur la santé (2009). *Améliorer la santé des canadiens : explorer la santé mentale positive*. Ottawa : ICIS.
- Institut national de santé publique du Québec (2008). *Avis scientifique sur les interventions efficaces en promotion de la santé mentale et en prévention des troubles mentaux*. Québec : Institut national de santé publique du Québec.
- Institut national de santé publique du Québec et ministère de la santé et des services sociaux du Québec en collaboration avec l'Institut de la statistique du Québec (2006). *Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006: les analyses-Deuxième rapport national sur l'état de santé de la population du Québec*. Québec : Gouvernement du Québec.
- Johnson, R.B., Onwuegbuzie, A.J., & Turner, L.A. (2007). Toward a definition of mixed methods research, *Journal of Mixed Methods Research*, 1(2) p.112-133.

- Julien, M., Julien, D., & Lafontaine, P. (2000). L'environnement de soutien. Chapitre 25. Dans *Enquête sociale et de santé 1998*, Québec : Institut de la statistique du Québec.
- Kanner, S., Langerman, S., & Grey, M. (2004). Ethical considerations for a child's participation in research. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, 9(1), 15-23.
- Kessler, R. (1992). Perceived support and adjustment to stress; Methodological considerations. Dans H.O.F. Veiel & U. Baumann (dir.), *The meaning and measurement of social support* (p. 259-271). Washington, DC: Hemisphere
- Kilian, R., Losert, C., Park, A-L., McDaid, D. & Knapp, M. (2010). Cost-Effectiveness Analysis in Child and Adolescent Mental Health Problems: An Updated Review of Literature. *International Journal of Mental Health Promotion*, 12(4), 45-57.
- Knapp, M.R.J., McCrone P., Fombonne E., Beecham, J., & Wostear, G. (2002). The Maudsley long-term follow-up of child and adolescent depression : 3. Impact of comorbid conduct disorder on service use and costs in adulthood. *British Journal of Psychiatry*, 180, 19-23.
- Knapp, M. (1997). Economic evaluations and interventions for children and adolescents with mental health problems. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38(1), 3-25.
- Knapp, M.R.J., Scott, S., & Davies, J. (1999). The cost of antisocial behaviour in younger children. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 4, 457-473
- Kragg G, Zeegers MP, Kok G, Hosman C., & Abu-Saad, H.H. (2006). School programs targeting stress management in children and adolescents: a meta-analysis. *Journal of School Psychology*, 44(6), 449-72.
- Kulis, S., Nieri, T., Yabiku, S., Stromwall, L. K., & Marsiglia, F. F. (2007). Promoting reduced and discontinued substance use among adolescent substance users: Effectiveness of a universal prevention program. *Prevention Science*, 8(1), 35-49.
- L'Écuyer, R. (1990). *Méthodologie de l'analyse développementale de contenu. Méthode GPS et concept de soi*. Sillery, Québec : Presse de l'Université du Québec.

- Lakey, B., & Cohen, S. (2000). Social support theory and measurement. Dans S. Cohen, L. G. Underwood & B. H. Gottlieb (dir.), *Social support measurement and intervention: A guide for health and social scientists*. (p. 29-52). New York, NY, US: Oxford University Press.
- Lazarus, R.S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.
- Le Petit Robert*. (1970). Paris : Dictionnaires Le Robert.
- Leavitt, R. L. (1983). Social support and psychological disorder: A review. *Journal of Community Psychology*, 11, 3-21.
- Leitch, K.K (2007). *Vers de nouveaux sommets : rapport de la conseillère en santé des enfants et des jeunes* (H21-296/2007F-PDF). Repéré à [http://www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/alt\\_formats/hpb-dgps/pdf/child-enfant/2007-advisor-conseillere/advisor-conseillere-fra.pdf](http://www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/alt_formats/hpb-dgps/pdf/child-enfant/2007-advisor-conseillere/advisor-conseillere-fra.pdf)
- Lesage, A., Bernèche, F., & Bordeleau, M. (2010). *Étude sur la santé mentale et le bien-être des adultes québécois : une synthèse pour soutenir l'action, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (cycle 1.2)*. Québec : Institut de la statistique du Québec.
- Lesage, A., Vasiliadis, HM., Gagné, MA., Dudgeon, S., Kasman, N., & Hay, C. (2006). *Prévalence de la maladie mentale et utilisation des services connexes au Canada: une analyse des données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes*. Repéré à [http://www.hlhl.qc.ca/Documents/pdf/Hopital/Publications/prevalence\\_maladie\\_mentale.pdf](http://www.hlhl.qc.ca/Documents/pdf/Hopital/Publications/prevalence_maladie_mentale.pdf)
- Levine, M., & Perkins, D. V. (1997). *Principles of community psychology: Perspectives and applications* (2<sup>e</sup> éd). New York, NY, US: Oxford University Press.
- MacDonald, G., & O'Hara, K. (1998). *Ten elements of mental health, its promotion and demotion : Implications for practice*. UK: Society of Health Education and Health Promotion.
- Martin, P. D., & Brantley, P. J. (2004). Stress, coping, and social support in health and behavior. Dans J. M. Raczynski, & L. C. Leviton (dir.). *Handbook of clinical health psychology: Volume 2. disorders of behavior and health*. (p. 233-267). Washington,US: American Psychological Association.



- Mercier, P., & Gagnon, M. (2000). Les Protocoles de recherche pré, quasi et expérimentaux. Dans S. Bouchard & C. Cyr (dir.), *Recherche Psychosociale. Pour harmoniser recherche et pratique* (p.77-135). Sainte Foy : Presses de l'Université du Québec.
- Miles, M.B., & Huberman, A.M. (1994). *Qualitative data Analysis. An Expanded Sourcebook* (2<sup>e</sup> éd). Thousand Oaks: Sage.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (2010). *État de santé de la population québécoise: Quelques repères (2010)*. Québec: Direction des communication.
- Mishara, B.L., & Ystgaard, M. (2000). Exploring the potential of primary prevention : Evaluation of the Befrienders International Reaching Young Europe pilot programme in Danemark. *Crisis*, 21(1), 4-7.
- Mishara, B.L., & Ystgaard, M. (2006). Effectiveness of a mental health promotion program to improve coping skills in young children: Zippy's Friends. *Early Childhood Research Quarterly*, 21(1), 110-123.
- Monkevicienė, O., Mishara, B.L., & Dufour, S. (2006). Effects of the Zippy's Friends programme on children's coping abilities during the transition from kindergarten to elementary school. *Early Childhood Education Journal*, 34(1), 53-60.
- Moodie, R., & Jenkins, R. (2005). I'm from the government and you want me to invest in mental health promotion. Well why should I. *Promotion and Education* (Supplement 2), 37-41.
- Morin, A. J., & Chalfoun, C. (2003). La prévention de la dépression: l'état actuel des connaissances. *Canadian psychology*, 44(1), 39-60.
- National Scientific Council on the Developing Child (2008). *Mental health problems in early childhood can impair learning and behavior for life : working paper #6*. Repéré à <http://www.developinchild.net>
- Nestmann, F., & Hurrelmann, K. (dir.). (1994). *Social networks and social support in childhood and adolescence* (Prevention and intervention in childhood and adolescence: 16). N-Y:Walter De Gruyter.
- Organisation mondiale de la santé (2001). *Rapport sur la santé dans le monde 2001. Santé mentale : nouvelle conception, nouveaux espoirs*. Genève : OMS.

- Organisation mondiale de la santé (2004). *Investir dans la santé mentale*. Produit par le Département de Santé mentale et abus de substances psychoactives - Maladies non transmissibles et santé mentale, Genève : OMS.
- Organisation mondiale de la santé (2005). *Politiques et plans relatifs à la santé mentale de l'enfant et de l'adolescent » Guide des politiques et des services de santé mentale*. Genève: OMS.
- Parke, R.D., & Gauvain, M. (2009). Emotional development and attachment. Dans *Child psychology: a contemporary viewpoint* (p.179-235). New-York: McGraw-Hill.
- Patel, V., Flisher, A.J, Hetrick, S., & McGorry, P. (2007). Mental health of young people : a global public-health challenge. *Lancet*, 369, 1302-1313.
- Patton, M.Q. (2002). *Qualitative research & evaluation methods, third Edition*. Thousand Oak (California): Sage publication.
- Payton J, Weissberg R.P. Durlak, J.A., Dymnicki, A.B, Taylor, R. D., Schellinger, K. B., & Pachan, M. (2008). *The Positive Impact of Social and Emotional Learning for Kindergarten to Eighth-Grade Students: Findings from three scientific reviews*. Chicago: Collaborative for Academic, Social, and Emotional Learning.
- Pilowsky, D. J., Zybert, P. A., & Vlahov, D. (2004). Resilient children of injection drug users. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 43(11), 1372-1379.
- Pluye, P., Nadeau, L., Gagnon, M.-P., Grad, R., Johnson-Lafleur, J., & Griffiths, F. (2009). Les méthodes mixtes. Dans Ridde. V. et Dagenais, C. *Approches et pratiques en évaluation de programme* (p. 123-141). Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal.
- Power, T. J., & Blom-Hoffman, J. (2004). The school as a venue for managing and preventing health problems: Opportunities and challenges. Dans R. T. Brown (dir.), *Handbook of pediatric psychology in school settings*. (p. 37-48). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Power, T. J., DuPaul, G. J., Shapiro, E. S., & Kazak, A. E. (2003). *Promoting children's health: Integrating school, family, and community*. New York, US: Guilford Press.

- Ravens-Sieberer, U., Erhart, M., Gosch, A., Wille, N., & The European KIDSCREEN Group (2008). Mental health of children and adolescents in 12 European countries-Results from the European KIDSCREEN study. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 15, 154-163.
- Riesen, Y., & Porath, M. (2004). Self-worth and social support of children exposed to marital violence. *Canadian Journal of School Psychology*, 19(1-2), 75-97.
- Roberts, R.E., Attkinsson, C.C., & Rosenblatt, A. (1998). Prevalence of psychopathology among children and adolescents. *American Journal of Psychiatry*, 155, 715-725.
- Roeser, R. W., & Eccles, J. S. (2000). Schooling and Mental Health. Dans Sameroff, A.J., Lewis, M. & S. M., Miller. *Handbook of Developmental Psychopathology*, 2<sup>e</sup> éd. (p. 135-156). New York: Kluwer Academic / Plenum Publishers.
- Rondeau, N., Bowen, F., & Bélanger, J. (1999). *Évaluation d'un programme de promotion de la conduite pacifique en milieu scolaire primaire*. Montréal : Centre Mariebourg.
- Rossi, P. H., Freeman, H. E., & Lipsey, M. W. (1998). *Evaluation a Systematic Approach*. Sixth Edition. Thousand Oaks (California): Sage Publications, Inc.
- Santé Canada (2002). *Rapport sur les maladies mentales au Canada*. Ottawa : Gouvernement du Canada.
- Santé et Bien-être social Canada (1988). *La Santé mentale des Canadiens : vers un juste équilibre*. Ottawa.
- Sarason, B. R., Pierce, G. R., & Sarason, I. G. (1990). Social support: The sense of acceptance and the role of relationships. Dans B. R. Sarason, I. G., Sarason & G. R. Pierce (dir.), *Social support: An interactional view*. (p. 97-128). Oxford, England: John Wiley & Sons.
- Shields, M. (2004). Stress, santé et bienfaits du soutien social. Statistique Canada : *Rapport sur la santé*, 15(1), 9-41.
- Stevens, V., Van Oost, P., & De Bourdeaudhuij, I. (2000). The effects of an anti-bullying intervention programme on peers' attitudes and behaviour. *Journal of Adolescence*, 23(1), 21-34.

- St-Laurent, D., & M. Gagné (2008). *Surveillance de la mortalité par suicide au Québec : ampleur et évolution du problème de 1981 à 2006*. Institut national de santé publique du Québec, 20 p.
- Sturgeon, S. (2007). Promoting mental health as an essential aspect of health promotion. *Health Promotion International*, 21(S1), p.36-41.
- Suchocka, A., & V. Kovess-Masféty (2006). Promotion et prévention en santé mentale chez les très jeunes enfants : revue de la littérature. *Annales Médico Psychologiques*, 164, 183-194.
- Taylor-Powell, E., & Renner, M. (2007). Analyzing Qualitative Data, dans Unrau, Y.A., Gabor, P.A. et Grinnell, R.M. (dir.), *Evaluation in Social Work. The Art and Science of Practice*, 4<sup>e</sup> éd. (p. 341-361), New York: Oxford University Press.
- Tennant, R., Goens C., Barlow, J., Day, C., & Stewart-Brown, S. (2007). A systematic review of reviews of interventions to promote mental health and prevent mental health problems in children and young people. *Journal of Public Mental Health*, 6(1) 25-33.
- Thoits, P. A. (1986). Social support as coping assistance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54(4), 416-416.
- Thoits, P. A. (1995). Stress, Coping, and Social Support Processes: Where Are We? What Next? *Journal of Health and Social Behavior*, 35, 53-79.
- Tierney, J.P, Grossman, J.B., & Resch, N.L. (1995). Making a difference: An impact study of Big Brothers/Big Sisters. Philadelphia: Public/Private Venture.
- Tousignant, M. (1987). *Utilisation des réseaux sociaux dans les interventions; état de la question et propositions d'actions*, Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux, Québec, Les publications du Québec.
- Trabelsi, M. (2003). *Soutien social et adaptation chez les enfants exposés à la violence conjugale* (Mémoire de maîtrise inédit), Université de Montréal.
- Turcotte, D., F-Dufour, I., & Saint-Jacques, M-C. (2009). Les apports de la recherche qualitative en évaluation de programmes. Dans Alain. M et D. Dessureault (dir.), *Élaborer et évaluer les programmes d'intervention psychosociale*. (p. 95-219), Québec : Presses de l'Université du Québec.

- Vadeboncoeur, J., Rondeau, N., & Bégin, H. (2001). *Évaluation des effets d'un programme de prévention de la violence par la promotion de conduites pacifiques implanté auprès des enfants de maternelle : effets préliminaires*. Communication présentée lors du Congrès de la Société québécoise de recherche en psychologie, Chicoutimi.
- Vadeboncoeur, J., & Bégin, H. (2005). Analyse critique de l'efficacité des programmes de promotion des habiletés sociales s'adressant aux enfants de 5 à 12 ans. *Revue québécoise de psychologie*, 26(1), 183-201.
- Van Aken, M. A. G. (1994). The transactional relation between social support and children's competence. Dans F. Nestmann & K. Hurrelmann (dir.). *Social networks and social support in childhood and adolescence* (p. 131-148). Oxford: Walter De Gruyter.
- Vitaro, F., & Gagnon, C. (2001). *Prévention des problèmes d'adaptation chez les enfants et les adolescents. Tome II. Les problèmes externalisés*. Montréal: Presse de l'Université du Québec.
- Waddell, C., McEwan, K., DeV. Peters, R., Hua, J. M., & Garland, O. (2007). Preventing mental disorders in children. A public health priority. *Revue Canadienne de Santé Publique. Vol. 98(3)*, 174-178.
- Ward, L. (1997) *Seen and heard : Involving disabled children and young people in research and development projects*. York : York publishing services for the Joseph Rowntree Foundation.
- Whitman, C.V., Wells, G., Rowling, L., & Biewener, M. (2009). *International survey of principals concerning emotional and mental health and well-being: Country Report: Canada* : International Association of Child and Adolescent Mental Health and Schools (Intercamhs) with the International Confederation of Principals (ICP)
- WHO (2000). Setting the WHO agenda for mental health. *Bulletin de l'Organisation mondiale de la santé*, 78(4), 500-514.
- WHO (2005). *Promoting mental health: Concepts, emerging evidence, practice*. Genève: World Health Organization, Department of mental health and substance abuse in collaboration with the Victorian health promotion foundation and the University of Melbourne.

- WHO European region and the Ministry of Health (2004). *Conclusions from Pre-conference "The Mental Health of Children and Adolescents", organised by European Commission of Luxembourg on 20-21 September 2004 in Luxembourg.*
- Williamson, E., Goodenough, T., Kent, J., & Ashcroft, R. (2005). Conducting research with children : the limits of confidentiality and child protection protocols. *Children and Society*, 19, 307-409.
- Wilkinson, R., & Marmot, M. (2004). Les déterminants sociaux de la santé : les faits, Copenhague : Organisation mondiale de la santé.
- Wong, M. (2008). Helping young children to develop adaptive coping strategies. *Journal of Basic Education*, 17(1), 119-144.
- Ystgaard, M., & Mishara B.L. (2006) *Children and coping evaluation of the school-based programme Zippy's Friends*. Communication présentée au congrès « Interventions on primary prevention and mental health », Oslo, Norvège.
- Zubrick, S.R, Silburn, S.R, Burton, P., & Blair, E. (2000). Mental health disorders in children and young people : scope, cause and prevention. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 34, 570-578.